



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLINICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL DE UN CASO DE TRASTORNO DEPRESIVO
RECURRENTE CON RASGOS DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE**

PRESENTADA POR
VANESSA ANTUANETTE GARCIA MEJIA

ASESOR
JOSÉ PAULINO ORÉ MALDONADO

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO DE CASO CLINICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL DE UN CASO DE TRASTORNO DEPRESIVO
RECURRENTE CON RASGOS DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE**

**TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:
VANESSA ANTUANETTE GARCIA MEJIA**

**ASESOR:
MG. JOSÉ PAULINO ORÉ MALDONADO
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3121-0751>**

**LIMA, PERÚ
2021**

DEDICATORIA

A la energía superior, dueño de todas las luces y colores que permite que cada acción y anhelo mío se cumpla, y por siempre direccionarme al camino de la felicidad y transcendencia.

A mi abuelo Filo, por ser esa motivación e impulso constante de continuar, por mostrarme el amor sin necesidad de tocar y por influir de la forma más maravillosa en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Elena y Juan por confiar en mí, por esforzarse y sacrificar muchas cosas y sueños por ayudarme a cumplir los míos; a mis hermanos Pepe y Cinthya por hacerme la existencia feliz y más fácil, por ser mis porristas cada vez que me lanzo a un juego nuevo de la vida; a mi mamita Dora por enseñarme a dar todo lo que sentimos sin esperar nada a cambio, por ser mi amiga y engreírme siempre.

A mis guías en este proceso de formación académico, inculcándome pasión y responsabilidad por la carrera, brindándome las herramientas necesarias para desenvolverme en mi vida profesional, asimismo, un agradecimiento especial a mi profesora Mg. Gladys Toranzo por compartir su luz del saber y ser una persona comprensiva y virtuosa. A los amigos que me regalo esta hermosa etapa universitaria, por ser soporte cuando lo necesitaba y por contribuir a mi formación profesional y personal; a mis amigos de toda la vida, por ser incondicionales ante cualquier acontecimiento de mi vida. Finalmente, agradecer a mi familia en general, por acompañarme en cada pequeño y gran logro, a ustedes mi respeto y consideración.

INDÍCE

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
INTRODUCCIÓN	viii
I. MARCO TEÓRICO	11
1.1. Depresión	11
1.1.1. Antecedentes históricos	11
1.1.2. Conceptualización de la depresión	13
1.2. Clasificación de la depresión según el CIE- 10 y el DSM-V	16
1.3. Trastornos depresivos	18
1.3.1. Conceptualización de los trastornos depresivos	18
1.3.2. Etiología	21
1.3.3. Epidemiología	25
1.3.4. Factores de riesgo o vulnerabilidad	26
1.3.5. Factores de mantenimiento	28
1.3.6. Comorbilidad	29
1.4. Terapia Cognitiva Conductual	31

1.4.1. Antecedentes históricos	31
1.4.2. Terapia Cognitiva Conductual (TCC)	34
1.4.3. Terapia Cognitivo Conductual de la Depresión	35
II. PRESENTACIÓN DEL CASO	42
2.1. Datos de filiación	42
2.2. Motivo de consulta	42
2.3. Procedimiento de evaluación	43
2.3.1. Historia personal	44
2.3.2. Examen mental	50
2.3.3. Procedimiento de diagnóstico	54
2.3.4. Resultados de las pruebas psicológicas	57
2.4. Informe psicológico	58
2.5. Identificación del problema	63
III. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA	65
3.1. Especificación de los objetivos de tratamiento	65
3.2. Diseño de estrategias de tratamiento e intervención	67
3.3. Aplicación del tratamiento cognitivo conductual	74
IV. RESULTADOS	153
4.1. Criterio del paciente	153
4.2. Criterio familiar	154
4.3. Criterio psicométrico	154

4.4. Criterio clínico	155
4.5. Seguimiento	156
V. RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	157
5.1. Resumen	157
5.2. Conclusiones	158
5.3. Recomendaciones	159
REFERENCIAS	160
ANEXOS	175

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla N°1.</i> Diferencia entre Tristeza y Depresión	15
<i>Tabla N°2.</i> Clasificación de los Trastornos depresivos según CIE-10	16
<i>Tabla N°3.</i> Cuadro comparativo del Trastorno depresivo	19
<i>Tabla N°4.</i> Factores de riesgo de un trastorno depresivo	28
<i>Tabla N°5.</i> Componentes de la Tríada cognitiva de la Depresión	36
<i>Tabla N°6.</i> Distorsiones cognitivas presentes en este estudio de caso	37
<i>Tabla N°7.</i> Técnica columnas paralelas	40
<i>Tabla N°8.</i> Cuadro de diagnóstico multiaxial del DSM-IV TR y el CIE-10	55
<i>Tabla N°9.</i> Resultados de evaluación psicológica	57
<i>Tabla N°10.</i> Análisis Funcional De La Conducta	63
<i>Tabla N°11.</i> Programa de Intervención Cognitivo Conductual para el trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con rasgos de personalidad dependiente	69
<i>Tabla N°12.</i> Tabla de pre - test y post – test	155

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene el propósito de mostrar la eficacia de la terapia cognitivo conductual en un caso de trastornos depresivo recurrente, episodio actual moderado en una paciente con rasgos de personalidad dependiente. Es de suma importancia aclarar, que la persona no asiste a consulta por cambiar dichos rasgos de personalidad, sino por problemas distintos, cómo en este caso problemas del estado de ánimo, depresión.

Actualmente, los trastornos depresivos han sido un tema de suma importancia desde la antigüedad, debido, al grado de afectación del sujeto, alterando la funcionabilidad en el nivel personal, familiar, ocupacional, académico y social; de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS (2018) es una de las enfermedades más frecuentes, a pesar de ello sólo la mitad de la población accede a una intervención adecuada. De igual manera, en el Perú se encontró que el 20.7% de la población mayor de 12 años, sufre de algún trastorno mental, específicamente en los trastornos más frecuentes está la depresión, con un promedio nacional de 7.6% (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi [INSM HD-HN], 2015).

La depresión presenta síntomas cognitivos, somáticos y conductuales, dentro de ellos se encuentra los pensamientos desadaptativos o negativos, pérdida del interés, indecisión, ideas de culpa, dificultad para concentrarse etc., así también, está el retraso o alteración psicomotora, aislamiento, llanto, entre otras; a su vez, hay presencia de insomnio o hipersomnio, alteración en el apetito, deseo sexual inhibido, etc., respectivamente. Según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5 (2013), en los síntomas de la depresión, está la presencia de un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución significativa del interés y placer, pérdida de la energía, entre otros; que altera el desarrollo normal del sujeto.

Cabe resaltar que, Dahab, Rivadeneira y Minici (2002) tomaron en cuenta la perspectiva cognitiva de Beck, el cual resalta que la persona deprimida muestra una visión negativa de sí misma, del entorno y del futuro, así como un esquema desadaptativo y distorsiones cognitivas que originan y mantienen el cuadro; así mismo, según el enfoque cognitivo conductual, la depresión también se debe a los constantes impactos estresantes que padece la persona, lo anteriormente mencionado, se da por no poseer adecuadas habilidades de afrontamientos y resolución de problemas.

Entre tanto, Plaud (2001) define la terapia cognitiva conductual como la adaptación clínica de la ciencia de la psicología, comprobada empíricamente. De acuerdo a ello, el vigente estudio de caso trabajó un tratamiento de intervención bajo el modelo cognitivo conductual, cuyo objetivo principal es modificar los pensamientos negativos que ocasionan y mantienen la depresión, provocando la recuperación de las áreas funcionales del paciente (Ellis, 1962).

Por tanto, en el estudio de caso, la paciente llegó por problemas de su estado de ánimo, manifestando que no era la primera vez que se sentía así; tras una serie de evaluaciones se identificó que tenía tristeza patológica, falta de motivación e interés para realizar sus actividades, su energía disminuyó, por lo que, se sentía cansada casi todo el día, de igual manera, lloraba, se preocupaba por el futuro de su familia, y presentaba ideas de culpa. De acuerdo a ese objetivo, la evaluación psicológica se dio por medio de una entrevista y aplicación de pruebas psicométricas, cuyo resultado fue el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con rasgos de personalidad dependiente; por lo que, se utilizó un enfoque cognitivo conductual, debido a su alta tasa de efectividad en la aplicación (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

En la intervención, la paciente cumplió con las tareas asignadas, asimismo, fue puntual en casi todas las sesiones, mostrando pronóstico favorable, dado que, cuenta con una predisposición conductual positiva y con una red de apoyo, como lo es su familia. La

intervención fue orientada bajo las técnicas cognitivas y conductuales. El transcurso psicoterapéutico comenzó con la psicoeducación del trastorno depresivo desde el modelo Cognitivo conductual y se reforzó con la explicación del modelo Biopsicosocial. Adicionalmente, se explicó la relación de la influencia entre situación, pensamiento, emoción y conducta para su evaluación y reconocimiento del impacto que puede generar un pensamiento desadaptativo, de manera que, se usó la técnica de columnas paralelas, programación de actividades, asignación de tareas graduadas, respiración diafragmática, retribución cognitiva, solución de problemas y entrenamiento habilidades sociales.

En este presente estudio se compone de los siguientes 5 capítulos. En el capítulo I se describirá el marco teórico utilizado en trastornos depresivos; en el capítulo II se narrará la presentación del caso clínico detallado; por consiguiente, en el capítulo III se delinearé el programa de intervención bajo la terapia cognitiva conductual; en el capítulo IV se expondrá los resultados finales, de acuerdo al criterio del paciente, del familiar, igualmente, el criterio clínico y psicométrico, por último, se describirá el seguimiento. Finalmente, se utilizaron fuentes de información de revistas científicas, artículos, libros y estudios de caso relacionado al diagnóstico.

Capítulo I: Marco Teórico

1.1. Depresión

1.1.1. *Antecedentes Históricos*

Se estima que la depresión ha existido a lo largo de toda la historia de la humanidad (Chinchilla, 2011). En la veteranía, la depresión recibió un término semejante llamado melancolía, siendo así que sus características y síntomas fueron descritos en las distintas obras literarias y médicas. Una de las primeras manifestaciones de la depresión fue escritos en la sagrada escritura, es decir, la biblia, relatando la historia del rey Antioco Epifanes al demostrar y explicar su sentir, dolor, tristeza y la ansiedad que le generó tras perder una derrota militar (Caballo, 2007).

Otro acontecimiento histórico es que la doctrina humorística, que según Jackson (1989) da origen al término médico melancolía y manía, explicada por Hipócrates en el siglo V a. C., manifestando que la salud y la enfermedad depende del equilibrio o desequilibrio de los cuatro humores corporales, conocido como flema, sangre, melancolía o humor negro y atrabilis o bilis; al equilibrio de estos 4 humores se le conocía como Crasis, mientras que el desequilibrio se le denominaba Crisis (Rejón, 2016). Por esta razón, Alby (2004) menciona que los 4 humores se entrelazan con las estaciones del año, relacionando sanguíneo con la primavera, flemático con el invierno, bilis negra con el otoño y bilis amarilla con el verano, también lo encadenaron con las esencias de la naturaleza: aire, agua, tierra y fuego respectivamente, indicando la fuerte influencia de estos sobre los individuos.

Posteriormente, Caballo (2007) expone que los antiguos griegos proponían hipótesis de una relación entre el estado de ánimo exaltado con un estado de insensatez delirante, dentro de estos griegos se encontraba Sonarus, que trazó el inicio descriptivo de los episodios mixtos, comprobando una relación entre melancolía y un estado de locura delirante. Al mismo tiempo, Areteo de Capadocia, explicaba que la melancolía es la desfiguración apirética,

encontrándose adepta a un mismo pensamiento sesgado por dolor y la tristeza, también argumentó el fuerte lazo entre melancolía y manía, mencionando que uno es el principio y el otro es la parte de, respectivamente (Martínez, 2017). Por otro lado, el romano Galeno Pérgamo especificó que la melancolía es una alteración arraigada o crónica, y que no suele estar acompañada de fiebre (Stelmack y Stalikas, 1991).

Por consiguiente, Vallejo (1998) da a conocer que en el siglo X, el árabe Isaq ibn Imran hizo una descripción más detallada y acertada acerca de la melancolía, refiriéndose que es como un sentimiento de pena o pesadumbre y abandono, acompañado de ciertos síntomas somáticos y psíquicos, que se da a consecuencia del paciente por considerar que es su única realidad. Por otra parte, en América, Elferink (2000) recolectó información que obtuvo de los conquistadores españoles, dando a conocer que una de las enfermedades mentales más frecuente en el imperio incaico era la depresión, cuyo tratamiento era por medio de plantas medicinales, ritos mágicos y religiosos.

Continuando con las investigaciones de Zarragoitia (2011), Santo Tomás de Aquino entre el año 1225 al 1274, consideraba que la melancolía surgía como consecuencia de una fuerza astral, demoníaca o por el pecado de la pereza; de igual modo, en la edad media Martín Lutero indicaba que la melancolía y pesadez provenían del diablo, cuyo tratamiento de la época fueron por medios de castigos, azotes, exorcismos y baños; por ende, relacionaban tanto el origen como las consecuencias de la melancolía con las creencias o religiones (Pérez y Peñaranda, 2017) . En el siglo XIV, Paracelso explicó acerca de la depresión endógena y exógena. De acuerdo, con la historia, la melancolía se volvía una problemática habitual que inspiraba curiosidad entre los médicos y conocedores, por lo que, se escribieron distintos libros, como: "*La anatomía de la melancolía*", por Robert Burton y "*Manía de la melancolía*", por Bonetus (Calderón, Cortés, Martínez, Ramírez y Garavito, 2012).

Según Escobar (2014), el término depresión fue popularizado por Haslam en 1808, al dirigirse a aquellos individuos que estaban bajo el dominio de las pasiones depresivas, este término se hizo común en la utilización de redacciones literarias, otro autor que popularizó el término fue Wilhem Griesinger al indicar que el sinónimo de melancolía era “los estados de depresión mental”; más adelante, en el siglo XVI la melancolía fue reconocida como una enfermedad de tipo mental (Segovia, 2014). Posteriormente, Martínez (2013), menciona que el término “locura depresiva” lo utilizó Kraepelin en sus clasificaciones nosológicas, usando la palabra “depresivo” para referirse a los estados de ánimo y el de melancolía para denominar a la enfermedad en sí.

De este modo, Zarragoitia (2011) menciona que Meyer planteó erradicar el término melancolía y sustituirlo por el término de depresión, esta aceptación dio lugar a que otros detallan las diferentes clasificaciones y ramas existentes. En el año 1952 el DSM- I introdujeron la palabra reacción maníaco – depresivo, luego la publicación del DSM- III de 1981, varió el nombre por trastorno depresivo mayor y trastorno distímico. En la actualidad, en los manuales diagnósticos o de clasificación hacen uso del concepto de trastornos afectivos (Luque y Berrios, 2011).

1.1.2. Conceptualización de la Depresión

Para Álamo, Guerra y López (2012), la depresión deriva del latín *depressus*, cuyo significado es desalentado o decaído; conceptualmente lo describe como una alteración o trastorno emocional, manifestándose como una fase de infelicidad, con una variación en el tiempo, sea transitorio o permanente. Asimismo, se señala que los niveles elevados de depresión suelen ser incapacitantes, llegando a dañar la identidad personal y profesional (Mingote, Gálvez, Pino y Gutiérrez, 2009).

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), explican que la depresión es un síndrome que se relaciona con los niveles afectivos, cognitivos, conductuales y somáticos; siendo la causa principal el inadecuado procesamiento de la información, llevando a desarrollar pensamientos

poco adaptativos considerados como distorsiones cognitivas. Por ende, el estado anímico o emocional está regido por las creencias formadas a raíz de sus experiencias biográficas (Clark y Beck, 2010).

De igual forma, Benavides (2017) define a la depresión como un trastorno mental, usualmente de presencia reiterada que desata una variación emocional de tristeza (depresión), en la mayoría de los casos adherido a síntomas ansiosos, así como también sensación de vacío, disminución en la comunicación social, ideas suicidas y otros síntomas somáticos (Moreso y Canals, 2018). Por otro lado, Yapko (2006), indica que la depresión no sólo se define como una enfermedad que altera las emociones, sino que propicia la aparición de pensamientos que afecten su salud mental, con enfrentar las demandas de la vida diaria.

Siguiendo en este razonamiento, la Asociación Americana de Psicología APA (2000) explica que, la depresión afecta de diversas formas y con diversos síntomas a los individuos, la cual es suscitada por una mezcla de factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales, causando una tristeza profunda, dificultades en el desenvolvimiento normal de sus actividades que se amplifica por varios días. Por su parte, Vallejo (2011), resalta que el punto principal de la depresión es la tristeza intensificada, involucrando a la persona hasta alterar sus relaciones intrapersonales como interpersonales; a su vez, esta influye en su pensamiento (cognición), afectividad (emoción), fisiología (ritmos biológicos y somatización) y conducta.

Con respecto a, la definición de trastornos afectivos, Gómez et al. (2012) implica una sucesión de valores clínicos que comparten una característica principal, la perturbación del estado de ánimo. En esta perturbación se identifica el dolor subjetivo, sensación de pérdida del control que se va efectuando de forma progresiva y persistente, reflejado en la percepción, interpretación y relación que tiene el sujeto sobre su ambiente (Contreras, Hernández y Freyre, 2015). Prosiguiendo, la Organización Mundial de la Salud OMS (2012) refiere que es un trastorno mental que puede ser crónico o repetitivo, interfiriendo con la competencia de

afrontar distintas situaciones o escenarios, obteniendo como consecuencia dificultades en el desempeño personal y social; en casos graves puede llegar a suscitar conductas autolesivas e incluso pensamientos suicidas, por ende, ante ello es necesario la intervención farmacológica y psicoterapéutica (Lu, 2019).

De acuerdo a lo señalado anteriormente, es importante marcar la diferencia entre tristeza y depresión, Cruz (2012) realiza un deslinde conceptual, enfatizando que la tristeza es un sentimiento natural de todo ser humano, mientras que, la depresión es una enfermedad que debe ser atendida de manera profesional por los especialistas pertinentes, tal como se aprecia en la tabla 1.

Tabla 1

Diferencia entre tristeza y depresión

	Tristeza	Depresión
Definición	Es un sentimiento básico, inherente al ser humano, funcionando de manera dinámica en nuestra vida, usualmente aparece tras una pérdida significativa.	Es un trastorno del estado de ánimo, con presencia de una tristeza patológica, irritabilidad, apatía, anhedonia, cansancio, etc., dificultando el desenvolvimiento normal del sujeto.
Sintomatología	Tristeza normal o pasajera.	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza patológica • Apatía • Anhedonia • Disminución de la energía • Perturbación del apetito • Alteraciones cognoscitivas, etc.
Duración	La duración de la tristeza suele ser pasajera una vez que la persona identifique el motivo.	Tiene una duración de dos a más semanas con una latencia de casi todo el día
Intensidad	Normal.	Variación de la intensidad, es decir, pueden ser transitorias, persistentes o duraderas.
Causas		

	Reacción normal ante acontecimientos desagradables, pero identificables.	Distintas causas: <ul style="list-style-type: none"> • Fallecimiento • Situaciones traumáticas • Predisposición genética • Enfermedades, etc.
Tratamiento	Desaparece por sí misma.	Farmacológico y Psicoterapia

1.2. Clasificación de la Depresión según el CIE- 10 Y EL DSM-V

El trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado ha sido descrito en diferentes manuales diagnósticos con la finalidad de facilitar la intervención y comunicación entre los profesionales de la salud.

Para empezar, la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 10, OMS (1994), el diagnóstico del trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado se encuentra dentro de los trastornos del humor afectivos presentados a continuación (Tabla 2).

Tabla 2

Clasificación de los trastornos depresivos según cie-10

Trastornos del humor (afectivos) asociados a la depresión según CIE-10	
F32 Episodio Depresivo	F32.0 Episodio depresivo leve F32.1 Episodio depresivo moderado F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos F32.8 Otros episodios depresivos F32.9 Episodio depresivo sin especificación
F33 Trastorno Depresivo Recurrente	F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

	F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
	F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos
	F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
	F33.8 Otros trastornos depresivo recurrentes
	F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación
F34 Trastornos Del Humor	F34.0 Ciclotimia
	F34.1 Distimia
	F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes
	F34.9 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes sin especificación

La CIE-10 (1994) emplea una lista de diez síntomas depresivos y los divide en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos); los cuales deben estar presentes al menos 2 de los 3 síntomas considerados cardinales de la depresión como, tristeza patológica, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar, apatía o hipo abulia, etc., con una duración de al menos 2 semanas. De acuerdo a ello, según las características del caso el diagnóstico corresponde al Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado F33.1.

Del mismo modo, el DSM-V (2013) presenta criterios diagnósticos consensuados por la comunidad internacional de médicos, refiriendo que deben aparecer 5 o más síntomas en un tiempo de dos semanas, con una alteración en la vida del individuo, señalando los siguientes:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.

3. Aumento o pérdida significativa (> 5%) de peso, o disminución o aumento del apetito.
4. Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia.
5. Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente).
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
8. Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión.
9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

1.3. Trastornos Depresivos

Primero se explicará de manera conceptual los diversos tipos de depresión existentes, también, se expondrán los datos epidemiológicos a través de los años. Por añadidura, se dará a conocer las características de una persona expuesta al incremento probabilístico de sufrir dicha enfermedad mental, además, identificaremos que factores o reforzadores están provocando el mantenimiento de la depresión.

Por último, se mostrará la morbilidad asociada que puede presentar el trastorno depresivo, o explicar la interacción de estos que puede agravar el cuadro o la evolución de ambos.

1.3.1. Conceptualización de los Trastornos Depresivos

El trastorno depresivo según CIE- 10 (1994) se caracteriza por la presencia de síntomas de humor depresivo la mayor del día; sus síntomas cardinales son: (1) tristeza

patológica; (2) anhedonia; (3) hipo abulia y (4) apatía; adicionalmente, sus síntomas secundarios son: (1) pérdida de confianza o sentimientos de inferioridad; (2) sentimientos de culpa excesivo; (3) pensamientos recurrentes de muerte o suicidio; (4) disminución de la capacidad para concentrarse; (5) cambios de actividad psicomotriz; (6) alteraciones del sueño; (7) cambios en el apetito. La presencia de síntomas de depresión están la mayor parte del día, durante dos semanas, con interrupción en las funciones diarias. Considerando que, es posible que el individuo experimente un episodio depresivo único en su vida, o caso contrario, varios episodios, llamados posteriormente trastornos (APA, 2013).

Se aprecia un cuadro donde se describe los tipos de depresión según los manuales diagnósticos del CIE-10 y el DSM V (Tabla 3).

Tabla 3

Cuadro comparativo del trastorno depresivo

CIE-10	DSM-V
F32 Episodio depresivo: presencia de un único episodio depresivo, el cual debe durar al menos dos semanas, debe existir ausencia de síntomas maníacos o hipomaníacos. Asimismo, debe estar acompañado de síntomas depresivos. (1) humor depresivo (2) Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad para disfrutar actividades que antes eran placenteras para el sujeto (3) Falta de vitalidad o aumento de fatigabilidad. Además de: (1) Pérdida de confianza o sentimientos de inferioridad (2) Sentimientos de culpa excesivo (3) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, entre otros.	Trastorno depresivo mayor: cinco o más síntomas, durante un período de dos semanas, mostrando una variación en el funcionamiento preliminar, al menos debe estar presente los siguientes síntomas (1) estado de ánimo deprimido (2) pérdida de interés o placer. Asimismo, hay la presencia de (1) Pérdida o aumento de peso (2) Insomnio (3) fatiga, entre otros. Especificar en: Leve Moderado
F32.0 Episodio depresivo leve	Grave.
F32.1 Episodio depresivo moderado	

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

F32.3. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

F33 Trastornos depresivo recurrente, caracterizados por repetidos episodios de F32, ya sea leve, moderado o grave, los síntomas deben estar presente mínimo un tiempo de dos semanas y apartado de otros episodios de variación del estado de ánimo por un periodo de seis meses.

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve,

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

F34 Trastornos persistentes (humor), son trastornos del estado de ánimo que no llegan a cumplir los criterios para que se acredite como episodios hipomaniacos o episodios depresivos, pues son de intensidad fluctuante y suelen durar varios años, en otros casos llega alterar gran parte de la vida adulta, de igual manera, esta presenta la destemplanza e incapacidad en algunas actividades.

F34.1 Distimia, es una depresión crónica del estado de ánimo, que está presente varios años (2 años aproximadamente) con al menos dos síntomas que no son suficientemente graves, es decir, no cumplen con los criterios diagnóstico como para ser considerado un episodio o trastorno depresivo. Cabe resaltar, que existen situaciones donde el paciente manifiesta sentirse bien, no obstante, la mayor parte del tiempo se siente melancólico y con poca energía.

Si bien en la Tabla 3 se describen los tipos de depresión; el presente caso aborda un estudio de un paciente con Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado. Por esta razón, se describe la semiología del mismo, haciendo uso de la CIE-10.

El trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado (F33.1), presenta antecedentes de episodios previos (mínimo con una duración de dos semanas), cumpliendo con las pautas de F32.1, existe una alteración en las distintas áreas: personal, ocupacional, académico, familiar y social.

1.3.2. Etiología

- Teoría biológica

Para Silva (2002), en sus estudios realizados comprobó que la consanguinidad de primer grado, es decir, familiares directos como padres, hijos o hermanos que padecen depresión, tienen tres veces más la posibilidad de desarrollar un cuadro clínico de depresión, a diferencia de los demás habitantes. Sin embargo, no se conoce con exactitud cuánto es el riesgo que emana de los factores biológicos o los factores de contexto familiar compartidos. Por tanto, la heredabilidad tiene una influencia de un 31% a 42% a desarrollar depresión mayor, no obstante, suele aumentar la probabilidad cuando se trata del subtipo de la depresión recurrente (Restrepo, Sánchez, Vélez, Marín, Martínez y Gallegos, 2017).

Así mismo, Sullivan, Neale, Kendler (2000) analizaron diversos estudios de gemelos, obteniendo tres condiciones importantes, el primero es la relación entre la depresión monopolar y bipolar, la segunda es la influencia de la genética y el ambiente en cada caso peculiar; el tercero es como se combinan los diferentes factores para estatuir la predisposición de padecer depresión.

Adicionalmente, para Pérez, Cervantes, Hijuelas, Pineda y Salgado (2017), las hipótesis de las monoaminas manifiestan que el cuadro depresivo es causado por una alteración funcional de los neurotransmisores, siendo estos la serotonina (5-HT) y la noradrenalina (NA) en las partes emocionales del cerebro. También, Richelson (2002) conjeturó que es una disminución de los neurotransmisores NA y 5-HT, comprobando

que el tratamiento farmacológico con antidepresivos permite el equilibrio de estos, incluso, las monoaminas circulan en toda la red neuronal, provocando las variaciones conductuales y causando los trastornos del estado de ánimo.

Por su parte, Silva (2002) se refirió a la hipótesis del déficit de GABA, es decir, ocurre la pérdida de neuronas GABAérgicas observados en la corteza prefrontal de los pacientes deprimidos, mientras que, Morrison y Ressler (2014) tras varios estudios clínicos plantean que la fisiopatología del trastorno depresivo se agrupa con alteración del sistema glutaminérgico.

Finalmente, García (2009) indica que la depresión es el desequilibrio de la consecuencia hereditaria, las circunstancias ambientales o sociales y el estado personal del sujeto. Al modo que, Méndez, Espada y Montoya (2002), aluden que la depresión endógena de debe a las alteraciones bioquímicas, es decir, la parte biológica, heredabilidad o predisposición genética, siguiendo con el tema, está la depresión exógena, surge como consecuencia de un evento externo, causando un impacto psicológico en el ser humano, provocando malestar en la vida del sujeto, por ejemplo, una ruptura amorosa (Piñar, Suárez y De La Cruz, 2020).

- Teoría conductual

Según Vásquez, Muñoz y Becoña (2000) el enfoque conductual suscita que la depresión es principalmente un suceso aprendido que ha tenido relación interaccional de forma negativas entre el sujeto y su ambiente. Por ello, se utiliza métodos conductuales para modificar los modelos poco adaptativos tanto en su cognición, emoción y conducta. De hecho, Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss (1986) resaltan que la depresión surge de la disminución del refuerzo positivo contingente a las acciones o conductas del individuo. Entre tanto, la persona obtiene conductas saludables del refuerzo positivo según el número de veces que ocurre un evento, que posiblemente sea reforzador para

la persona, así también, la cantidad de hechos potencialmente reforzadores que tienen oportunidad de presentarse, y el total de habilidades que el sujeto posee, entre ellas las habilidades sociales, las cuales incitan refuerzos positivos en sus conductas externas (Lewinsohn y Gotlib, 1995).

Por eso, Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger (1997) plantean la teoría de la disminución del refuerzo positivo, refiere que tiene una conexión de una serie de eventos causales, que inicia como situación desencadenante de la depresión, alterando las conductas automáticas del paciente, y como consecuencia elevadas experiencias aversivas y baja tasa de refuerzos positivos. Asimismo, el paciente adquiere mayor grado de conciencia y atención sobre sí mismo de forma negativa, trayendo malestar a nivel interpersonal, conductual y cognitivo (Caballo, 1996).

Por otro lado, Nezu (1987) explicaba que la depresión surgía de la incapacidad de solucionar problemas que experimentaba el sujeto, comprobando una relación entre ellos que afectaba a niños y adultos. También, Vázquez, Muñoz y Becona (2000) tras investigar el modelo de Nezu, señalaron que la depresión se presenta tras la falta de algún componente de solución de problemas (Río, 2017):

1. Orientación hacia el problema.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación de soluciones de alternativas.
4. Toma de decisiones.
5. Puesta en práctica de la solución y verificación.

Cabe mencionar que, si no se resuelve el conflicto, el individuo vive consecuencias desagradables, es decir, hay una reducción en el refuerzo de la conducta (Barraca y Pérez, 2015).

- Teorías cognitivas

Según Seligman (1975) a través de la teoría de la indefensión aprendida, explica que la depresión se da cuando la persona no logra diferenciar las contingencias de su comportamiento y los efectos que traen, ya sean agradables o desagradables. Para Abramson, Seligman y Teasdale (1978) explican que hay tipos de atribuciones que causan la indefensión en el sujeto, es por ello, que las atribuciones pueden cambiar según estas dimensiones: estable (irreversible) – inestable, global (ocupa todo) – específico e interno (dirigido a uno mismo) – externo, por ejemplo, si una persona va a un casting y no logra ingresar, atribuye su fracaso a su falta de capacidad, este ejemplo se relaciona con la atribución tipo interna, estable y global. Siendo así que, las tres dimensiones disponen la consecuencia sobre la intensidad o gravedad, así como la vaguedad de la indefensión de la depresión (Guzmán y Fernández, 2020).

Por último, Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) en su teoría cognitiva indican que la depresión surge como consecuencia de una interpretación desadaptativa de los eventos y acontecimientos que debe enfrentar el individuo, teniendo tres conceptos fundamentales: (1) la cognición, refiriéndose al proceso y organización del pensamiento, percepción y de las representaciones mentales; el (2) son los esquemas, siendo la base de creencias que se compone por los principios directrices que funciona como procesador de información del ambiente externo y (3) son los contenidos cognitivos, esto es el significado que la persona da a las imágenes o pensamientos, es decir, que la interpretación que haga sobre un suceso tendrá una fuerte dominio sobre su sentir (Carrasco, 2017).

Igualmente, la Teoría Cognitiva de Beck (2005) también explica que hay cuatro elementos por la que se da la depresión: la tríada cognitiva, visión negativa sobre uno mismo (distorsión en la autopercepción y sentimientos de inferioridad), visión negativa del mundo (inadecuada interpretación en relación a su interacción con el ambiente) y visión negativa del futuro (sensación de que la mejora es inalcanzable), disfunción en los esquemas, los pensamientos automáticos negativos, errores de la percepción y en el procesamiento de la información (Perris, 1989). El presente caso se realizó bajo la Terapia cognitiva de Beck, enfatizándose la modificación de pensamientos distorsionados (Dickrson, Lynch, Leo, DeBar, Pearson, Merry y Hetrick, 2018).

1.3.3. Epidemiología

El trastorno depresivo es una de las enfermedades más frecuentes a nivel mundial; según la OMS (2018) existe más de 350 millones de personas que padecen dicho trastorno, y a pesar de la existencia y validación de la eficacia de algunos tratamientos se calcula que la mitad de la población no recibe ningún tipo de intervención, teniendo como consecuencia, en los peores casos, el suicidio, con una cifra de aproximadamente 800 000 personas. Cabe mencionar que, el suicidio es la segunda causa de defunción de individuos, cuyas edades oscilan entre los 15 a 29 años (OMS, 2012). Gómez, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón y Díaz (2004) identificó según el Estudio territorial de captación epidemiológica y la encuesta nacional de comorbilidad que se realizó en EE. UU en un tiempo de doce meses, que la prevalencia de la depresión mayor en ciudadanos cuyas edades oscilan entre los 18 y 54 años es de 6.5% y 10.1%, respectivamente.

Asimismo, Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda y Salgado (2017), mencionan que mundialmente de 350 millones de personas, uno de cada diez individuos, padece de depresión, así como, según sus investigaciones de la prevalencia del trastorno depresivo suele variar en todas partes del mundo, desde un 3% hasta 16.9% en Japón y Estados Unidos respectivamente, para el resto de países la depresión tiene una variación de 8% a 12% de

prevalencia. De igual manera, Calderón (2018), calcula que la incidencia de casos nuevos de depresión por año es de 15%, en su investigación de la prevalencia de la depresión en adulto mayor en Latinoamérica encontró que en Colombia varía en 11.5% en mujeres y 4% en hombres, a diferencia de Chile, que varía entre 7.6% y 16.3%, dentro de sus análisis tomo en cuenta la situación socioeconómica y factores vulnerables.

En nuestro medio, el Ministerio de Salud MINSA (2012) reporta que en 43 distritos de Lima y Callao hay una prevalencia de trastornos psiquiátricos del 23.5% al 37.3%, específicamente en episodios depresivos se encontró una prevalencia de 9.9% y en distimia 1.1%.

Posteriormente, el MINSA (2012) recopiló los estudios epidemiológicos de la parte sierra realizados en el año 2003, luego en la selva en el año 2004 y finalmente, en las fronteras en el año 2005, obteniendo en común que el trastorno más frecuente había sido el episodio depresivo con un 16.2%, 21.4% y 17.1%, respectivamente.

Uno de los últimos estudios realizados por el MINSA (2018), reportan que al año se tiene un promedio de 20.7% de la población mayor a 12 años que padezca algún trastorno mental, siendo los más frecuentes los episodios depresivos, con una prevalencia de 4% en Lima rural, 8.8% en Iquitos y se oscila que el promedio nacional es de 7.6% anualmente.

1.3.4. Factores de riesgo o vulnerabilidad

Caballo (2007), menciona que existen factores psicológicos y sociales que vulneran y mantienen el cuadro depresivo, las cuales se explican a continuación:

- Factores psicológicos
 - ✓ Esquemas disfuncionales, relacionado fundamentalmente con el concepto que el sujeto se tiene sobre sí mismo, ya que, adopta ciertos criterios cognitivos para definir su valía, si estos criterios son irreales hay una fuerte tendencia a desarrollar la depresión.

- ✓ Estilo atribucional, es la manera en que el individuo trata de dar explicación a los hechos vividos, ya sean agradables o desagradables.
- ✓ Procesos emocionales, es la forma como la persona reconoce sus emociones, cómo las clasifica, evita o afronta y como las comunique al exterior.
- ✓ Estilos y habilidades interpersonales, son las características personales que utilizan en sus relaciones de pares, entre ellas están las habilidades comunicativas.
- Factores psicosociales
 - ✓ Apoyo social percibido, relacionado a la calidad de vida, recursos sociales y el confort subjetivo del individuo, es decir, que el sujeto perciba que tiene personas a quien recurrir.
 - ✓ Posibles sucesos negativos o estresantes, pueden ser fallecimientos significativos, rupturas sentimentales, expectativas fracasadas de uno mismo, etc.
 - ✓ Situaciones aversivas constantes y el grado de satisfacción de la vida cotidiana, relacionadas a los aspectos económicos, labores, de interacción, etc.
 - ✓ Cambios vitales, por ejemplo, un ascenso laboral, es decir, la persona puede sentirse no competente para el puesto; mudanzas, cambios de colegios, etc.

Wolf, Alvarado y Wolf (2010), indican que las personas con mayor predisposición a desarrollar depresión presentan las siguientes características:

- Personas del sexo femenino
- Menor nivel educacional y socioeconómico
- Desempleados o en circunstancias de inestabilidad laboral
- Individuos que no cuentan con una red de apoyo
- Adultos mayores

- Personas con enfermedades crónicas
- Personas que tienen problemas de adicciones
- Adolescentes seropositivos

Asimismo, González, Pineda y Gaxiola (2017) en sus estudios realizados encontraron una serie de factores que vulneran a las personas frente a los trastornos depresivos, observándose en la siguiente tabla (Tabla 4).

Tabla 4

Factores de riesgo de un trastorno depresivo

Biológicos	Psicológicos	Sociales
		-Acontecimientos estresantes
	-Pensamientos rumiativos	-Conflictos en las relaciones familiares
-Predisposición genética	-Trastornos mentales	-Estilo educativo inadecuado
-Sexo	-Orientación sexual	-Maltratos o abusos
-Edad	-Tendencia a experimentar emociones negativas	-Dificultades en la interacción con sus pares
-Enfermedades	-Dependencia emocional	-Otras circunstancias sociales (emigración, refugio, etc.
	-Baja autoestima	

1.3.5. Factores de mantenimiento

Una de las dificultades para que la depresión se mantenga es la falta de una red de apoyo, los problemas psicosociales y la disminución de actividades (Caminero et al., 2012), pues el sujeto se centra en los pensamientos rumiativos, también influyen los agentes estresantes relacionados a temas económicos, políticos, sociales y de salud, entre otros (Josué, Torres, Urrutia, Moreno, Font y Cardona, 2006).

Se puede describir y aclarar de acuerdo a Sánchez y Vázquez (2012) que la presencia de sesgos atencionales y cognitivos, si bien son términos similares, la diferencia radica en

que los sesgos cognitivos son los pensamientos desadaptativos que generamos a través de nuestras interpretaciones, mientras que, los sesgos atencionales funcionan como el foco de atención, es decir, considera el tiempo y el grado de importancia que le dedicamos a dichos pensamientos.

Para Kahneman y Tversky (1973), los sesgos cognitivos no sólo provocan la presencia o aumento de la enfermedad, sino funciona como factor de mantenimiento, pues se trata de una interpretación desafortunada de la información, la cual influye en la forma de procesar los pensamientos, tomar decisiones o manifestar juicios. Cabana (2018) señala que, los sesgos cognitivos intervienen en la manera de ver al mundo y suelen estar fijados por la cultura, aspectos psicológicos o sociales, manteniendo la depresión por los pensamientos recurrentes de forma negativa.

Entre tanto, Sánchez y Vázquez (2012) señalan que, los individuos deprimidos presentan sesgos atencionales negativos provocando que perdure la sintomatología, debido que, los sesgos atencionales negativos se centran en atender información de contenido desadaptativo (Keles y Idsoe, 2018).

1.3.6. Comorbilidad

De ahí que, Vallejo (2011), prescribió que el 40% y el 90% de personas con un cuadro depresivo presentan otro trastorno mental, mientras que el 50% padece dos o más trastornos asociados, siendo el más reiterado los trastornos de ansiedad, TDAH en niños y en adolescentes trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (Herzog y Eddy, 2018). Por su parte, Aragonés, Lluís y Labac (2009), realizaron estudios identificando que la depresión presentaba un porcentaje de comorbilidad de 45.7% con otros trastornos mentales, encontrando que la mayor asociación con la depresión mayor es el trastorno de ansiedad generalizada, no obstante, también tiene asociaciones con otros trastornos mentales como el trastorno de pánico, distimia y trastorno de somatización.

Arango y Rincón (2016) encontraron correlación entre el trastorno depresivo y algún tipo de ansiedad con un 52.2% de su muestra total en los casos de ese último año. De igual manera, observaron evidencias que la depresión y ansiedad suelen tener una fuerte relación con enfermedades de dolor crónico (intensidad y gravedad) y no sólo con enfermedades mentales, considerando al malestar físico como pronóstico de evolución o empeoramiento de dichos trastornos. Asimismo, Martínez, Rojas, Fritsch, Martínez, Vohringer y Castro (2017) hallaron en su muestra total de pacientes con un cuadro depresivo un 78.13% de comorbilidad psiquiátrica, física, o ambas. Específicamente, el 55.47% presentaba comorbilidad psiquiátrica, siendo la más sobresalientes la ansiedad generalizada y los episodios hipomaníacos, mientras que las asociaciones físicas tuvieron un 42.19% presentándose en enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes mellitus, cabe destacar, que detectaron una frecuencia de riesgo alto en suicidio con un 70% de probabilidades.

Específicamente, Reyes y Pulido (2011) denotan que los cuadros depresivos moderados referentes a este caso, según el género femenino afecta en una proporción de dos a uno, con relación al género masculino; asimismo, de acuerdo al rango de edad entre 36 y los 40 años hay un 61.1% de probabilidad que se acentúe más la depresión en dichas edades, con respecto al estado civil, sea casado, divorciado o separado hay un 71.4% que desarrollan depresión moderada o severa, acompañados de síntomas ansiosos, prosiguiendo, según el nivel de escolaridad, en este caso, nivel primario, hay una predisposición de 37.7%, de la misma manera, de acuerdo a la ocupación de personas dedicadas al hogar hay un 30.4%, encontrando comorbilidad principalmente con los trastornos de ansiedad y suicidio, esta información se corrobora con lo obtenido por los autores Agudelo, Buela-Casal y Spielberger (2007), no obstante, todas las depresiones no desencadenan ansiedad, debido que el paciente se centra más en los síntomas depresivos (OMS, 2000).

1.4. Terapia Cognitiva Conductual

Los enfoques que tienen los tratamientos cognitivo conductual han surgido como efecto lógico de los modelos psicológicos previos, por ello, se explicará la evolución, aceptación y efectividad del modelo cognitivo conductual, así como mostrar las diferentes técnicas que se usan para la aplicación de dicha terapia.

1.4.1. Antecedentes Históricos

González (2009), menciona que el surgimiento del nuevo paradigma acerca de la psicología cognitiva se dio como una reacción ante la ineficacia de las diversas escuelas y enfoques que se dio a mediados de siglo XX.

Conforme a, Pinto (2003), el modelo de intervención cognitivo conductual se puede explicar a través de la filosofía, el conductismo y el cognitivismo, de modo que, influyó en su desenvolvimiento. Según Berrios (1988) indica que la filosofía religiosa oriental budista y Taoista fue una de las influencias más antiguas entre el año 566 a.C., quienes señalaban que la realidad es formada por los juicios valorativos y los pensamientos, en algunas situaciones suele ser pasionales, ocasionando malestar o sufrimiento. Posteriormente, la filosofía estoica tuvo inicio con Zenón de Citio, expresando que el practicar vivir con virtud se logra alcanzar la felicidad, para alcanzar este bien máximo se debía aprender controlar los estados pasionales e instintivos a través de la racionalidad (Marcos, 1979).

Continuando, González, Barreto y Salamanca (2017), revelan que Epicteto entre el año 100 después de Cristo, fue un esclavo, logrando explicar de manera más clara cómo se originan las pasiones y de qué manera se podían manejar, por lo cual, refería que los individuos llegamos al mundo con la facultad de crear ideas o representaciones de la realidad, de acuerdo a esto, afirmaba que las personas se trastornan más por la perspectiva y opinión que tienen de las situaciones que por ellas mismas. Para González (2009), estas corrientes filosóficas confirman en que el contenido de los pensamientos (interpretaciones) determina de qué manera el ambiente externo logra afectar al individuo, es decir, que el entendimiento

del mundo externo se procesa a partir de la organización interna de la persona, por lo que, el mundo interno es la parte subjetiva y lo que delimita el mundo externo es la parte objetiva.

Luego, González (2009) revela a través de sus investigaciones que en siglo XVII los Empiristas Ingleses eran investigadores, de los cuales los más destacados eran Hume, Francis Bacon, Hobbes y Locke, entre otros; proponen que los sujetos al tener contacto con algún objeto externo (experiencia), admite información, produciendo la adecuación del objeto y la representación mental, cuyo objetivo es elaborar la verdad (Manzo, 2016).

De acuerdo a, Miró (2008), la Corriente Idealista Alemana entre los siglos XVIII y XIX, con Inmanuel Kant de representante, proponía dos tipos de juicio, los sintéticos y analíticos, el primero aumenta el conocimiento, mientras el otro el universal. Por consiguiente, las investigaciones de Fancher (1979), indica que, Kant pensaba que nuestra realidad era una fabricación de nuestras definiciones de asociación, por ende, la visión del sujeto no era una representación o símbolo firme de la realidad externa, sino que era un fenómeno mental que se da a través de las representaciones interiores (Martínez, 2017).

Sáez (2009) refiere que, en principio de la corriente fenomenológica, Husserl y Heidegger propusieron que no puede ser un objeto sin la existencia de un ser humano, pues es relevante el modelo que adopta la persona frente al objeto (experiencia subjetiva). Como muestra Heidegger, el concepto de fenomenología hace referencia que la persona debe mostrarse en sentido propio y sin apariencia, es decir, sus experiencias le van a dar significado a su mundo externo (Lara, 2013).

Por otro lado, Ruiz, Diaz y Villalobos (2012), explican el paradigma de las leyes del condicionamiento clásico y la reflexología rusa, cuya contribución ha servido para poner relevancia al aprendizaje en la adopción o adquisición de las distintas respuestas, del mismo modo, muestra la posibilidad de usar el método experimental para la modificación de respuestas dadas previamente.

De tal forma, Gallegos (2004) comunica que, uno de los representantes Sechenov, señala que toda actividad mental está dominada por los mecanismos de reflejos y la estimulación ambiental; por tanto, la conducta voluntaria e involuntaria se da mediante los reflejos, dado que, la conducta emite una respuesta a los factores externos en particular, los cuales incluyen pensamientos, recuerdos, entre otros. Cabe mencionar, que la base de su postura se dio en la metodología fisiológica, poniendo énfasis en el estudio de los reflejos, afirmando que los reflejos son una característica innata que se desarrolla por medio del aprendizaje (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

La investigación mencionada anteriormente según Rozo (2014), influyó sobre Ivan Pavlov, pues él trató de entender la actividad cerebral, en otras palabras, la conducta; por lo que, a finales del siglo XIX dio a conocer el condicionamiento clásico con el experimento del perro, cuyo hallazgo fue accidental. Agregando a lo anterior, Plaud (2003), estudió a Pavlov, encontrando que se centró en investigar animales, utilizando estímulos externos para provocar reflejos, en ese sentido, la consecuencia fue la relación directa entre el estímulo y la respuesta de aprendizaje que daban los caninos; Vladimir M. Betcherev también recibió la misma influencia que Pavlov, sin embargo, él se concentró en las respuestas motoras y estímulos hostiles, brindando una conclusión psicológica y funcional, añadiendo el término “reflexología” cuyo objeto de estudio fue la adecuación del el hombre y el ambiente, mediante las revelaciones observables (Robinson y De Oliveira, 2018).

En esa misma línea, Davison y Nevin (1999) manifiestan la Ley del efecto, siendo el principio más influyente que propuso Thorndike, indicando que, si después de emitir una conducta no recibía satisfacción, la respuesta era menos probable en volver a reproducirse. En concordancia, González (2009) evidencia que Watson rechazaba la existencia del pensamiento, cuyos objetivos eran la predicción y control de la conducta; es por ello, que realizó estudios con el niño Albert, teniendo como propósito dar a conocer la asociación de

ciertos estímulos, al igual que, el tratamiento. Este experimento sirvió como base para el condicionamiento clásico (Kazdin, 1978).

Finalmente, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) relatan que Skinner popularizó el condicionamiento operante, realizando el análisis experimental de la conducta, de modo que, revele las relaciones de la conducta con los factores externos o ambientales, por medio de sus principios básicos como, el refuerzo, castigo, extinción, control de estímulo y entrenamiento en discriminación.

De acuerdo a Emiro (2009), investigó acerca de los primeros cuestionamientos entre la mente y las máquinas, publicando “Computing Machinery and Intelligence”, comparando la capacidad del computador en reproducir la inteligencia humana, incitando a investigar la relación del computador y la mente (Turing, 1950). Posteriormente, Bunge y Ardila (2002), mostraron que George Miller realizó varias investigaciones acerca de la medición de la mente para entablar vías de procesamiento de la información.

Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), mencionan que Bandura propone que el aprendizaje se da por medio de la imitación, posteriormente la llama Teoría cognitiva social, evidenciando la importancia de los procesos cognitivos del pensamiento y la conducta. Finalmente, los pioneros principales del modelo cognitivo son Beck (1991) y Ellis (1958), quienes formulaban que existe un esquema disfuncional aprendido y desenvuelto de manera desadaptativa, causando malestar en la persona, por lo que, tratan de modificar su esquema mental por pensamientos más adaptativos y flexibles.

1.4.2. *Terapia Cognitiva Conductual (TCC)*

Sobre la base de, Batlle (2007) comunica que el modelo cognitivo es una combinación de la teoría del aprendizaje y el procesamiento de la información para definir y tratar ciertas conductas.

Siendo así, la terapia Cognitiva, según Beck, Shaw y Emery (2010) indican que es un proceso activo, organizado, direccional de tiempo establecido, basándose que las consecuencias y la conducta de la persona se deben de acuerdo a su percepción del mundo, es decir, de acuerdo a sus interpretaciones. Asimismo, Plaud (2001) define a la TCC como la aplicación clínica que parte de la ciencia de la psicología, basándose en principios y procedimientos que tienen validación empírica (Martínez, Vilar y Verdejo, 2018).

Para Beck (2000), la TCC usa estrategias combinadas entre cognitivas y conductuales, cuyo objetivo principal es limitar y comprobar las falsas creencias y supuestos inadaptados del sujeto, siguiendo dos supuestos de Beck (1979) y Ellis (1962), señalando que las percepciones de los acontecimientos influyen en el comportamiento y emoción del individuo, de modo similar, los pensamientos y sentimientos no están regidos por las personas, sino por la manera como el sujeto interpreta los diferentes eventos.

Por último, según lo descrito anteriormente, Clark y Beck (2012) exponen que principalmente los pensamientos son responsables del malestar del sujeto, pero el contenido del pensamiento va a sobreponer los síntomas, en este caso, pensamientos de contenido depresivo (Tamez y Rodríguez, 2017).

1.4.3. Terapia Cognitivo Conductual de la Depresión

Beck (2000) fundamenta que la depresión no es endógena, mencionando que ante acontecimientos estresantes el sujeto está expuesto a una fragilidad cognitiva, apareciendo esquemas desadaptativos siendo comúnmente la de incapacidad y derrota, es decir, en la depresión hay un inadecuado procesamiento de la información. Según Dickerson, Lynch, Leo, DeBar, Pearson, Merry y Hetrick (2018), la aparición de creencias nucleares intensas por eventos significativos de la persona, conllevan a síntomas emocionales, fisiológicos y conductuales; la depresión puede tener origen múltiple, sin embargo, las distorsiones cognitivas comienzan a generar una serie de síntomas depresivos.

Asimismo, Romero (2006) explica que la TCC de la depresión es debido a la mezcla de dificultades en las habilidades de afrontamiento, perspectiva negativa del mundo, dificultades en regular las emociones, cuyo objetivo principal es reducir el pensamiento disfuncional.

- Elementos del modelo cognitivo

Se expondrá los conceptos desde el modelo cognitivo para explicar el origen psicológico de la depresión.

Para empezar, Beck (2010), explica que la Tríada cognitiva son una serie o patrones de ideas (cogniciones) que someten al sujeto a minimizarse, concluir que el mundo es demandante y una perspectiva negativa del futuro. A continuación, se presenta a un cuadro para señalar los tres componentes de la tríada cognitiva (Tabla 5).

Tabla 5

Componentes de la tríada cognitiva de la depresión

Visión negativa de sí mismo	Tendencia a interpretar sus eventos de forma negativa	Visión negativa del futuro
<p>Hace que el sujeto se defina como incapaz, defectuoso, torpe, inútil, que carece de valor personal y suele autocriticarse en base a sus defectos, de modo que, asigna sus experiencias negativas a alguna deficiencia propia, pensando que tiene pocas posibilidades para lograr obtener alegría o satisfacción.</p>	<p>La persona percibe que el mundo es demandante y que no le permite lograr sus metas, no obstante, la persona depresiva puede reconocer que está confundiendo los eventos, de manera que, sus interpretaciones sean negativas.</p>	<p>Es la desesperanza que siente la persona, pues considera que nada de lo que suceda en el presente cambiará su futuro, sólo percibe que aumentarían los obstáculos y el sufrimiento, teniendo la visión de que cualquier cosa que haga terminará en fracaso.</p>

Por consiguiente, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) explican los esquemas negativos o distorsiones negativas, manifestando que causan el mantenimiento del sufrimiento, a pesar que hay sustento de que existen elementos positivos en la vida del paciente. Beck (1985), indica que cualquier evento que experimente el sujeto presenta varios estímulos, adicionalmente, define el término “esquema” como patrones cognitivos estables. En conclusión, los esquemas negativos presentes en el individuo depresivo conllevan a que realice un mal procesamiento de información o llamadas distorsiones cognitivas, ocasionando que se mantenga la validez de sus creencias (Carrasco, 2017).

Adicionalmente, Yurica y DiTomasso (2004) recogen información acerca de las distorsiones más frecuentes entre los terapeutas, sin embargo, se colocarán las que han estado presentes específicamente en este estudio de caso de depresión (Tabla 6).

Tabla 6

Distorsiones cognitivas presentes en este estudio de caso

Distorsión Cognitiva	Definición
Inferencia arbitraria	Llegar a una conclusión negativa sin evidencia que lo sustente.
Comparación	Inclinación a compararse, concluyendo que es inferior a los demás.
Descalificación de lo positivo	La persona rechaza o descalifica sus experiencias o cualidades.
Etiquetado	Etiquetarse a uno mismo, situaciones o a los demás de forma negativa.
Minimización o maximización	Evalúa un evento según la significación o magnitud, pues bien, le quita o aumenta importancia.

Sobregeneralización	Elabora una regla general a partir de una o varias situaciones aisladas, para luego relacionarlas con otras situaciones parecidas o inconexas.
Personalización	Suele atribuirse eventos o reacciones externos cuando no hay una relación causal.
Afirmaciones con Debería	La persona tiene expectativas internas sobre la capacidad de sí misma como la de los demás, sin distinguir si son acordes al contexto en el que está pasando.

Por último, Beck (2005) expone que los pensamientos automáticos son las conversaciones internas, imágenes o pensamientos que aparecen ante un acontecimiento, provocando que la persona depresiva las considere afirmaciones verdaderas (Río, 2017).

- Técnicas para el abordaje de la Depresión

Antes de iniciar la explicación de las técnicas utilizadas, se debe recalcar los siguientes elementos:

- Alianza Terapéutica, sirve como componente relacional interactivo, cuyo propósito es producir un cambio, facilitando el uso de técnicas y estrategias dentro del programa de intervención (Andrade, 2005).
- Escucha activa, fortalece las relaciones sociales demostrando entendimiento y respeto, obteniendo como efecto la apertura del sujeto (Hernández y Lesmes, 2018).
- Diálogo expositivo, consiste en explicar de manera clara, concreta y objetiva la información.
- Retroalimentación, es primordial para la adquisición de aprendizajes y logros significativos de los objetivos.

Si bien es cierto existen una gran variedad de técnicas para abordar la depresión, en esta ocasión se presentará sólo las que se usó en este caso concretamente.

✓ Técnicas cognitivas

- Psicoeducación, para Campero y Ferraris (2014) esta técnica es fundamental en el proceso de intervención, pues el objetivo es informar y explicar de manera que el individuo comprenda la condición que está experimentando, así mismo, ayuda a que el paciente confirme y corrobore sus malestares, provocando disminuir sus tensiones, ya que, identifica las posibles causas de sus problemas.
- Reestructuración cognitiva, de acuerdo a, Beck (2000) facilita que la paciente pueda enfrentar o discutir sus creencias o pensamientos negativos para confirmar o desconfirmar, para luego reemplazarlos por otros pensamientos más sanos y adaptativos, teniendo como efecto la reducción o eliminación del malestar emocional y/o conductual. Para ello, se debe seguir los siguientes pasos.
 1. Identificar las cogniciones pertinentes
 2. Entender el impacto de estas reacciones emocionales y conductuales
 3. Considerar los pensamientos como hipótesis que han de ser cuestionados y sometidos a evidencias
 4. Discutir verbal y conductualmente las cogniciones desadaptativas
 5. Modificar y sustituir por pensamientos racionales y adaptativos
- Técnica de las tres columnas, para Beck (1979) es una técnica cognitiva que consiste en anotar los pensamientos y las respuestas emocionales y conductuales que nos provoca, se redactan en columnas paralelas para examinar, evaluar, cuestionar y modificar la cognición. El objetivo es que la paciente reconozca que el malestar no es originado por la situación, sino por la interpretación que tiene de esta. Se mostrará aspectos a considerar en la técnica de columnas paralelas, tal como se aprecia en la Tabla 7.

Tabla 7*Técnica columnas paralelas*

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
Se considera la acción ambiental, los factores externos o situacionales.	Implica las creencias, los errores cognitivos o el inadecuado procesamiento de la información.	Se coloca la respuesta emocional consecuente del pensamiento.	Actitud ante la situación y emoción previamente experimentada.

- Autorregistros, consiste en identificar las cogniciones para luego hacerlas consientes y llevarlas a una evaluación objetiva.
 - Técnica de retribución cognitiva, facilita que los pacientes no sólo se centren en aspectos negativos, sino que tengan en cuenta todos los detalles relacionados a la situación y así obtengan una visión más objetiva de la realidad.
 - Técnica de descubrimiento guiado, se cuestiona al sujeto acerca de sus pensamientos, para identificar los errores cognitivos referentes a sí mismos, los demás, el mundo y el futuro.
 - Técnica de solución de problemas, de acuerdo a, D´Zurilla y Nezu (1982) la técnica maneja directamente las dificultades en las habilidades para solucionar problemas, debido que, el estrés ambiental producido por situaciones significativas o situaciones comunes que pueden ocasionar la depresión, siendo el objetivo reaprender a solucionar problemas de manera eficiente y eficaz. Considerando que, cuenta con una serie ordenada para abordar las dificultades.
 1. Orientación hacia el problema
 2. Definición y formulación del problema
 3. Generar alternativas de solución
 4. Implementación de la solución y verificación
- ✓ Técnicas conductuales

- Programación de actividades (dominio y agrado), es planificar acciones para recuperar la funcionabilidad; el objetivo es oponerse a la baja motivación, a sus ideas depresivas e inactividad conductual.
- Técnica de dominio y agrado, es realizar actividades asignándole una valoración de dominio, es decir, el manejo que presenta sobre la actividad y el agrado, o sea, el nivel de satisfacción o placer que obtiene a partir de ella.
- Asignación de tareas graduales, es brindar progresivamente actividades, de simples a complejas con la finalidad que logren cumplir los objetivos, comprobando que son sujetos capaces y servibles.
- Técnicas de Relajación y Respiración, a través de entrenamiento en respiración se logrará la relajación, cuya finalidad es la reducción o disminución de la actividad fisiológica del sujeto.
- Role Play, se adopta una situación y se pone en práctica; también permite la adquisición de habilidades o capacidades en la interacción social, explorando sus emociones y sentimientos frente a ello.
- Modelado, por medio de esta técnica se da el aprendizaje observacional, obteniendo la reproducción de la conducta deseada.
- Ensayo conductual, consiste en practicar continuamente conductas mostradas en la intervención para su reproducción.
- Técnicas del entrenamiento en Habilidades Sociales, se trata de adquirir, fortalecer y entrenar habilidades que generen relaciones más sanas y placenteras en las distintas áreas del sujeto.

Capítulo II: Presentación de Caso

2.1. Datos de filiación

Nombre y Apellidos	: M. Q. A.
Edad	: 39 años.
Fecha de nacimiento	: 08/11/1981.
Lugar de nacimiento	: Ancash – Huaraz.
Estado civil	: Conviviente.
Grado de instrucción	: Primaria completa.
Ocupación	: Ama de casa.
Número de hijos	: 2.
Número de hermanos	: 2.
Religión	: Católica.
Residencia	: Comas.
Informante	: Paciente.
Fechas de evaluación	: 09/09 – 23/09 – 30/09 – 07/10 – 14/10 del 2019

2.2. Motivo de consulta

Paciente ingresa a consulta en compañía de su hermana en junio del 2019, refiriendo lo siguiente: *“Asisto a psicología porque desde hace tres semanas aproximadamente no me he sentido bien, impidiendo que haga mis actividades con normalidad; anteriormente asistí a psicología por problemas de mi estado de ánimo. En estas últimas semanas tuve problemas con mi esposo e hijos, si bien es cierto siempre hay dificultades, sin embargo, me afecta al*

punto de pensar que no se van a resolver. El tema con mi esposo es que tuvo que cerrar su taller e iniciar a trabajar en el mercado como vendedor, comenzando a percibir que su actitud y comportamiento habían cambiado, mostrándose frustrado, perturbado y cansado, yo por mi lado trato de conversar con él y solucionar las cosas para salvar nuestra relación, pero él no quiere, no acepta su error y no se disculpa; relacionado a mis hijos, considero que mi hija mayor ya no quiere compartirme sus problemas o alegrías, es decir, nuestra relación está distante, con mi hijo menor la dificultad es que no obedece, todos estos motivos mencionados me hacen sentir mala esposa y mala madre. Teniendo en cuenta estos acontecimientos, me siento triste, no disfrute de mis actividades como antes, he perdido la motivación y voluntad de continuar, incluso me da ganas de llorar constantemente porque no me siento valorada ni amada, intensificándose cuando estoy sola, por eso, me encierro en mi habitación casi todo el día y sólo salgo porque debo preparar los alimentos para mi esposo e hijo. En efecto, duermo más de lo habitual y me siento cansada, debido a esta situación mi hermana suele ocuparse de los quehaceres de mi casa.

Finalmente, pienso que mis acciones van a tener un efecto negativo en el futuro de mi familia, por lo que, estoy preocupada, ansiosa e irritable. Con todo lo sucedido mi desenvolvimiento personal, familiar, ocupacional y social no es como antes”.

Entre tanto, lo expuesto por la evaluada denota un estado de ánimo depresivo, baja motivación, disminución de la energía, ansiedad frente a la situación experimentada y una marcada afectación en el desarrollo de funciones habituales.

2.3. Procedimiento de evaluación

A continuación, se presenta la historia personal, examen mental, la semiología y síndromes presentes en el caso, así como, los rasgos de personalidad, el diagnóstico, los resultados de las pruebas aplicadas, el informe psicológico y el análisis funcional.

2.3.1. Historia personal

- Episodios previos

Cuando tenía 14 años experimentó sentimientos de tristeza e inferioridad, debido que, no estudiaba como otras chicas de su edad, sentía vergüenza y solía apartarse de los demás para no comentar su situación académica, asimismo, sentía frustración y pocas ganas de trabajar, este hecho duró 6 meses aproximadamente, gracias a que continuó con sus estudios de noche y logró culminar la primaria completa disminuyendo la sintomatología.

A los 27 años se fue a vivir con su nueva pareja, por lo que tuvo que dejar a su hija a cargo de su tía, con quién vivía inicialmente, este cambio de ambiente y separación provocó que comience a desarrollar sentimientos de culpa, tristeza, preocupación y ansiedad. No obstante, al pasar el tiempo y darse cuenta que su hija estaba bien y que podía verla constantemente, tuvo como consecuencia que los síntomas inicialmente presentes disminuyeran.

A la edad de 31 años vivió la pérdida de su bebé cuando tenía 8 meses de gestación, situación que la llevó asistir por primera vez al departamento de psicología, presentando síntomas de tristeza, desgano e ideas de culpa al pensar que la muerte de su bebé fue su responsabilidad. Con el tiempo y ayuda de su esposo e hija pudo asimilar y aceptar la experiencia acontecida. No culminó el tratamiento psicológico, pero manifiesta que los síntomas desaparecieron.

- Antecedentes prenatal, perinatal y postnatal

Para la redacción de la historia personal, se contó exclusivamente con la paciente.

Etapa prenatal

Comenta que fue una hija no planificada. La madre se dio cuenta que estaba embarazada aproximadamente al mes y medio. No recibió ningún control pre natal, porque vivían en un pueblo lejano a la ciudad y era difícil el acceso a los establecimientos de salud en aquella época.

Durante el embarazo la madre presentó náuseas, cansancio y dolores de cabeza, teniendo en cuenta que, estuvo realizando trabajos pesados, puesto que trabajaba en el campo y era temporada de cosecha. En aquel entonces indicaron preferencia por el sexo del bebé, deseando que fuera un niño.

La paciente declara que sus padres no presentaban enfermedades mentales ni físicas, pero sí problemas económicos para solventar a la familia.

Etapa perinatal

La paciente relata que su madre dio a luz en Huaraz a los 9 meses por parto natural, fue atendida por una partera por motivo de la ubicación en que se encontraban, posteriormente fue atendida en el establecimiento de salud de su localidad.

La evaluada expone que demoró unos segundos en llorar, presentando una coloración rosada. Horas después de su nacimiento fue atendida en un centro de salud, donde la revisaron y dieron de alta. No necesitó incubadora.

Ella da a entender que su madre trabajaba mucho, por lo cual, quedaba al cuidado de su abuela o tía.

Etapa post natal

Alimentación

Los primeros meses recibió leche materna, posterior a ello, era alimentada con leche de vaca, pues su madre se encontraba trabajando en el campo. Utilizó biberón hasta los 3 años aproximadamente para luego sustituirlo (uso de tazas o vasos).

La evaluada niega presentar problemas digestivos durante sus primeros años de vida. A partir de los 3 años la paciente empezó a comer sola, no tenía caprichos alimenticios, siempre fue obediente y tranquila.

Lenguaje

Comenzó a balbucear a las 3 meses y medio aproximadamente, a los 9 meses emitía palabras entendibles, al 1 año y 8 meses ya expresaba frases u oraciones. En general tuvo un desarrollo normal y sin complicaciones.

Psicomotricidad

La paciente narra que a los 6 meses se sentaba sola, no gateó porque no recibió estimulación para hacerlo, luego al décimo mes logró pararse con ayuda de objetos cercanos y al 1 año 2 meses aproximadamente logró caminar adecuadamente. No presentó ninguna complicación.

Control de esfínteres

Recibió entrenamiento por su abuela a partir del 1 año y medio, adquiriendo control de su micción y deposición intestinal a partir de los 2 años.

Enfermedades

Durante los primeros años de vida no presentó ninguna alteración física ni mental.

Escolaridad

Ingresó a los 3 años de edad al nivel inicial. Respondía adecuadamente las materias asignadas, sobresaliendo por su responsabilidad y obediencia, no obstante, se caracterizaba por ser una niña tímida con poca participación social.

En el nivel primario su rendimiento fue adecuado, distinguiéndose de sus compañeros por ser responsable y comprometida con sus estudios, sin embargo, las

circunstancias familiares provocaron que dejara de estudiar quedándose con sus estudios inconclusos en el segundo grado.

A la edad de 14 años retomó los estudios primarios en la ciudad de Lima, obteniendo un rendimiento promedio. Con respecto a sus relaciones sociales era difícil, por motivo de las diferencias de edades entre sus compañeros. Enfatizando, que la paciente se desempeñaba como trabajadora del hogar por lo que no solía tener tiempo recreativo con sus amigos.

No cursó el nivel secundario.

Psico sexualidad

La paciente refiere que su madre, tía y abuela nunca le hablaron del tema relacionado con sexualidad, porque era un tabú comentarlo. Tiempo después comenzó a tener conocimientos del sexo, debido a los comentarios o experiencias relatadas por sus compañeras de trabajo.

Por otra parte, la menarquía se presentó a los 10 años, no recibió orientación o información. A pesar de ello, se adaptó a los cambios físicos y emocionales que experimentó durante dicha etapa.

Más tarde tuvo su primer enamorado a los 19 años, lo conoció por amistades en común de las trabajadoras del hogar. Al principio era un chico muy atento y demostraba preocupación por ella, provocando que se sienta segura y amada, de manera que, después de unos meses acepto tener relaciones coitales, la paciente manifiesta que no conocía acerca de los métodos anticonceptivos que existían. Luego de unos meses quedó embarazada, su pareja se negó a reconocer al bebé y le solicitó abortar, ella se negó y decidió criar a su hija sola. El segundo enamorado fue un compañero de trabajo, se preocupaba por ella y por su hija, era amable y trabajador; la relación se desarrolló con normalidad, al pasar un tiempo comenzó a tener actitudes extrañas, es decir, quería

saber dónde y con quién estaba, casi siempre la vigilaba. A consecuencia de estas conductas hubo una oportunidad que ejerció maltrato físico sobre ella; con el fin de protegerla su tía y hermana la aconsejaban que ya no mantenga una relación con él. La relación finalizó porque ella descubrió que era un hombre casado.

Su pareja actual es su tercera relación, se conocieron cuando trabajaba en el mercado, señala que era muy divertido, atento y le gustaba sorprenderla. Casi siempre le contaba todo lo que sucedía; ella sentía mucha confianza hacia él. Actualmente tienen problemas de pareja y comunicación.

Rasgos de personalidad

Predominio dependiente, visto que, presenta una tendencia constante de ser amado, buscando ayuda al momento de tomar decisiones, para luego evaluar a los demás por su capacidad inmediata de brindar protección y seguridad (Dagnino, et al., 2018).

- Introversa: le agrada pasar tiempo a solas, inclinándose por realizar sus actividades sin compañía.
- Melancólica: suele ser una persona analítica, fiel, con ciertas dificultades para establecer amistades y con una predisposición al disfrute de la inmolación personal.
- Sensible: es una persona que le gusta reflexionar de manera profunda, es empática y sus reacciones emocionales son intensas.
- Indecisa: le cuesta tomar una decisión en un momento determinado, perdiendo oportunidades de experimentar situaciones o aprendizajes nuevos.
- Impulsiva: suele enfadarse o incomodarse fácilmente, con tendencia a ser poco asertiva, experimentando frustración con frecuencia.

- Responsable: es comprometida con las labores que se le asignan, cumpliendo en el tiempo indicado. Respeta a los demás.
- Amorosa: es considerada con las personas importantes de su entorno, demostrando su afecto por medio de caricias y palabras.
- Risueña: demuestra ser una persona transparente, siendo sincera y frontal con los demás.
- Alegre: es una persona divertida con sus seres queridos, que disfruta y se entrega a los momentos felices.
- Solidaria: brinda apoyo por amor, transmitiendo afecto sin excepción ni exclusión.

Vida Social

La evaluada desde joven ha tenido una participación social reducida, ya que, debía trabajar para mantenerse. Su amistad más cercana es su hermana, con quién solía realizar todo tipo de actividades.

Hábitos e intereses

Le agrada compartir momentos significativos con su familia, también le gusta ver novelas y conversar con su hermana. Por su parte, disfruta salir con sus hijos y que ellos le comenten su día a día, también le gusta chatear por WhatsApp y ver fotos en Facebook.

- Historia familiar

La descripción de los miembros de familia, se realizó desde la perspectiva de la paciente, mencionando lo siguiente:

Padre: Luis de 70 años, ocupación independiente (campesino). Se caracteriza por ser distante con sus hijos, reservado, machista, poco amoroso, con un estilo de crianza indiferente. No presenta enfermedades mentales ni físicas.

Magdalena comenta que tiene pocos recuerdos de su padre, ya que, se mantenía trabajando en el campo durante largas jornadas.

Madre: Domitila de 63 años, ocupación independiente (campesina). Se caracteriza por ser una persona impaciente, impulsiva, irritable, con problemas para expresar su forma de pensar y sentir. No presenta enfermedades mentales ni físicas.

La relación con la madre fue conflictiva, puesto que, ejercía violencia sobre la paciente, manteniendo una comunicación distante y poco cordial.

Hermana: Luz Mila de 32 años, ocupación actual: ama de casa. Se caracteriza por ser una persona amable, caritativa, con gran capacidad de escuchar y ayudar, en pocas palabras, es amorosa y trabajadora. No presenta enfermedades mentales ni físicas.

El tipo de relación con su hermana es armonioso, se tienen mucha confianza y se apoyan una a la otra. A veces suelen presentar diferencias, pero lo solucionan rápidamente. Es su principal fuente de apoyo.

Hermana: Ana de 30 años, ocupación: ama de casa. Se caracteriza por ser una persona introvertida, dispuesta a brindar ayuda, dedicada a su familia y trabajadora. No presenta enfermedades mentales ni físicas.

Su relación es cordial, no obstante, no comparten muchas cosas, dado que la paciente viajó a Lima y la relación entre ellas disminuyó significativamente.

2.3.2. Examen mental

Porte

Paciente de sexo femenino, aparenta su edad cronológica con una talla y estatura promedio. Es de tez blanca, ojos negros, cabello corto y oscuro, se viste acorde a su edad, género y estación, con un higiene y aliño personal adecuado.

Comportamiento

Ingres a consulta con una marcha lenta, toma asiento y adquiere una postura semi encorvada, muestra facies de tristeza, lo cual va acorde con el relato.

Actitud

La paciente muestra una actitud amable y colaboradora durante el proceso de evaluación.

Conciencia

Magdalena se encontró lúcida con adecuados niveles de vigilia, mostrando reacciones óptimas.

Orientación

La evaluada se encontraba orientada en tiempo, espacio y persona, reconoce qué momento del día es, dónde está ubicada y cuál es su nombre.

Atención

La paciente presentó atención sostenida, selectiva y dividida, mostrando capacidad de mantener la conversación, asimismo, muestra interés a estímulos de su agrado y puede cambiar de un tema a otro.

Memoria

Los procesos mnésicos a corto y a largo plazo de la paciente se mantienen conservados.

Percepción

La paciente no evidenció alteración alguna, reaccionando eficientemente a los estímulos del medio y de la evaluación.

Pensamiento

Tiene un pensamiento entre funcional y abstracto, de curso fluido, no obstante, respecto al contenido muestra ideas de culpa, minusvalía y preocupación.

Inteligencia

La paciente aparenta una inteligencia por debajo del promedio, con ausencia de alguna perturbación en dicha área.

Lenguaje

Su lenguaje es fluido, con ritmo adecuado, pero el tono de voz es bajo. El lenguaje expresivo es adecuado, logrando emitir y organizar palabras que tengan sentido, mientras que, el lenguaje comprensivo está lentificado al asimilar instrucciones complejas.

Afectividad

En cuanto al área afectiva, muestra un estado de humor deprimido, evidenciando un cierto grado de ansiedad frente a su situación actual.

Sueño

La paciente en este caso presenta alteración del sueño, pues indica insomnio inicial, teniendo problemas para conciliar el sueño, asimismo, padece de somnolencia diurna, afectando el desarrollo normal de sus actividades diarias.

Apetito

Disminución del apetito basado en una reducción de la cantidad de alimentos principalmente en el almuerzo y ocasionalmente en el desayuno.

Conciencia de la enfermedad

La paciente reconoce que su situación actual y la presencia de sus síntomas afectaban su desenvolvimiento personal, social, familiar y ocupacional.

Por consiguiente, se presentará la semiología identificada en el presente estudio de caso.

Semiología

Signos

- Sexo femenino
- Aparenta edad cronológica
- Tez blanca
- Contextura promedio
- Talla 1.60cm aproximadamente
- Peso de 65kg aproximadamente
- Biotipo normosómico
- Aseo, aliño e higiene personal adecuado
- Marcha lenta
- Llanto
- Gestos acordes al discurso
- Postura semi encorvada
- Mantiene contacto visual
- Actitud colaboradora
- Lúcida
- Orientada en persona, tiempo y espacio
- Niveles de atención conservados
- Memoria de corto y largo plazo conservadas
- Pensamiento de contenido coherente, manifestado ideas de culpa y preocupación por el futuro de la familia
- Lenguaje fluido con ritmo adecuado, no obstante, presenta tono de emisión baja
- Expresa facies de tristeza e intranquilidad

Síntomas

- Hipo abulia
- Anhedonia
- Tristeza patológica
- Apatía
- Baja autoestima
- Cansancio
- Ideas de culpa
- Ideas de minusvalía
- Ideas de preocupación
- Sensación de angustia
- Disminución del apetito
- Insomnio inicial
- Somnolencia diurna

Síndromes

- Síndrome depresivo
- Síndrome ansioso

2.3.3. Procedimiento de diagnóstico

A continuación, se muestran el diagnóstico nosográfico, multiaxial y diferencial.

- Diagnóstico Nosográfico según CIE – 10

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

Cumple los criterios de depresión:

- Estado de ánimo depresivo, presente durante dos semanas a más la mayor parte del día.

- Evidente disminución del placer o interés en la mayoría de sus quehaceres y distracciones personales, familiares, ocupaciones y sociales.
- Disminución significativa de la motivación.
- Disminución de la energía o fatiga durante casi todo el día.
- Ideas de culpa y sentimientos de inutilidad.

Ahora bien, se debe precisar que un diagnóstico de depresión se debe apartar o diferenciar de las enfermedades médicas u orgánicas, reacción ante el consumo de sustancias psicoactivas o consumo de medicamentos excitantes (Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda y Salgado, 2017). Acto seguido, debe diferenciarse de otros trastornos psicológicos como el trastorno adaptativo, la demencia, el trastorno bipolar, trastornos de la angustia, síntomas negativos de la esquizofrenia, distimia, entre otros. (Sadock, Kaplan y Sadock, 2007).

- Diagnóstico multiaxial según el DSM – IV- TR y CIE-10

Por consiguiente, en la tabla 8 se muestra el diagnóstico multiaxial.

Tabla 8

Cuadro de diagnóstico multiaxial del DSM-IV TR y el CIE-10

DSM-IV-TR	Cie-10
Eje I - Trastornos clínicos	Eje I – Diagnóstico clínico
<ul style="list-style-type: none"> • (296.3x) Trastorno depresivo mayor, recidivante 	<ul style="list-style-type: none"> •F 33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
Eje II - Trastorno de la personalidad	Eje II – Discapacidades en el área de funcionamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Rasgos de la personalidad dependiente 	<ul style="list-style-type: none"> •No presenta
Eje III - Enfermedades médicas	Eje III – Factores ambientales y del estilo de vida

Tabla 8

Cuadro de diagnóstico multiaxial del DSM-IV TR y el CIE-10

DSM-IV-TR	Cie-10
<ul style="list-style-type: none"> No presenta 	<ul style="list-style-type: none"> Disminución en el personal, familiar, ocupacional y dificultad en las interacciones sociales
Eje IV - Problemas Psicosociales y ambientales	
<ul style="list-style-type: none"> Problemas de pareja 	
Eje V - Escala de evaluación de la actividad global	
<ul style="list-style-type: none"> Puntaje: 65% 	

Nota: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2002) y la Clasificación multiaxial de los trastornos mentales y del comportamiento CIE- 10.

- Diagnóstico diferencial

El diagnóstico más cercano de una depresión recurrente, episodio actual moderado en este caso clínico es el trastorno adaptativo, debido que, la paciente muestra síntomas depresivos y ansiosos, no obstante, el punto de diferenciación es que en este caso prevalece un estado de ánimo depresivo marcado, así como anhedonia, apatía, hipo abulia, etc., contando con la presencia de al menos cinco síntomas en un tiempo de dos semanas aproximadamente, siendo estos los síntomas cardinales, a diferencia de un trastorno adaptativo que se caracteriza por una variación bibliográfica o un acontecimiento estresante (duelo, mudanza, separación, etc.), presentando síntomas emocionales variados que aparecen en la etapa de adaptación, como humor depresivo, ansiedad y sentimientos de incapacidad de frente, cabe precisar que ninguno de estos síntomas llega a la significación o gravedad para reivindicar un diagnóstico más específico.

- Pronóstico: Favorable

Es favorable porque presenta una adecuada respuesta inicial ante la evaluación demostrando conciencia de la enfermedad y disposición mental y conductual de buscar la recuperación, asimismo, existe poca presencia de síntomas físicos y ausencia de antecedentes psiquiátricos en su historia personal, sumado el apoyo externo por parte de su familia (Ibáñez y Echeburúa, 2015).

2.3.4. Resultados de pruebas Psicológicas

Los instrumentos aplicados como el Inventario de Depresión de Beck II (IDB – II), Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI – II) cuentan con adecuadas propiedades psicométricas para el uso en nuestro medio (Perú), en población clínica y específicamente para estudios de caso.

A continuación, en la tabla 9 se presentan la lista de pruebas aplicadas y los resultados obtenidos de la evaluación psicológica.

Tabla 9

Resultados de evaluación psicológica

Área	Objetivo	Instrumento	Validez y Confiabilidad	Resultados
Emocional	Conocer los niveles de ansiedad estado - rasgo del paciente.	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	Validez: De Constructo Confiabilidad: Consistencia interna, oscila entre 0.84 - 0.93 en ambas subescalas (Ortiz y Céspedes, 2015).	Nivel de ansiedad E-R Moderado

Afectiva	Conocer el estado mental del paciente; asimismo, detectar si presenta síndrome depresivo y su nivel de gravedad.	Inventario de Depresión de Beck (IDB).	Validez: Concurrente Confiabilidad: Consistencia Interna (Alfa de Cronbach 0.76-0.95). Test-Re test (de 0.65 a 0.72.) (Barreda, 2019).	Moderada alteración del estado de ánimo
Personalidad	Conocer los rasgos predominantes de personalidad del paciente.	Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II (MCMII).	Validez: Externa, Concurrente y Aparente. Confiabilidad: Consistencia Interna (Alfa de Cronbach 0.72 – 0.80, dos mitades > 0.71) (Solís, 2007).	Patrones Clínico de la personalidad: Dependiente – Distimia. Síndromes Clínicos: Depresivo y ansioso

2.4. Informe Psicológico

Datos de afiliación

Nombre y Apellidos : M. Q. A.

Edad : 39 años.

Fecha de nacimiento : 08/11/1981

Lugar de nacimiento : Ancash – Huaraz.

Estado civil : Conviviente.

Grado de instrucción : Primaria completa.

Ocupación : Ama de casa.

Número de Hijos : 2.

Número de hermanos : 2.

Religión : Católica.

Residencia : Comas.

Informante : Paciente.

Fechas de evaluación : 09/09 – 23/09 – 30/09 – 07/10 – 14/10 del 2019

Motivo de consulta : Área de personalidad, emocional y afectiva

Referido por : Paciente

Evaluador : Vanessa Antuanette Garcia Mejía

Técnicas utilizadas : Observación y entrevista psicológica

Instrumentos utilizados :

Cuestionario sobre la historia de vida de A. Lazarus

Inventario de Depresión de Beck II (IDB – II)

Inventario de Ansiedad estado – Rasgo (STAI)

Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI – II)

Motivo de consulta

Paciente ingresa a consulta en compañía de su hermana en junio del 2019, refiriendo lo siguiente: *“Asisto a psicología porque hace tres semanas aproximadamente no me he sentido bien, impidiendo que haga mis actividades con normalidad; cabe señalar que, anteriormente he asistido a psicología por problemas con mi estado de ánimo. Actualmente tengo problemas con mi esposo e hijos, por lo*

cual me siento triste, sola, sin motivación para levantarme por las mañanas, con dificultad para disfrutar de las cosas que antes me hacían feliz, por eso lloro constantemente, duermo más de lo usual, me encierro en mi habitación y sólo salgo de él porque debo preparar las comidas para mi esposo e hijo; todo lo acontecido me hace sentir cansada a nivel emocional y física, por eso mi hermana se suele ocupar de los quehaceres de la casa.

Por último, debo comentarle que he pensado que podrían estar mejor sin mí, sin embargo, sé que no es la solución que estoy buscando, adicionalmente, me preocupa que por mis acciones el futuro de mi familia se vea afectada, causándome dolor de cabeza, angustia e irritabilidad. Con todo lo mencionado considero que he descuidado de mí, de mi familia y de mis amigos”.

Entre tanto, lo expuesto por la evaluada denota un estado de ánimo depresivo, baja motivación, disminución de la energía, ansiedad frente a la situación experimentada y una marcada afectación en el desarrollo de funciones habituales.

Observaciones generales y de conducta

La paciente es de sexo femenino, aparenta su edad cronológica, de tez blanca, contextura y estatura promedio. Viste acorde a su género, edad, estación y ocasión, presentando higiene y aliño personal adecuado. Ingresa a consulta con una marcha lenta y adopta una postura semi encorvada en la sesión. Evidencia facies de tristeza, intranquilidad y cierto grado de ansiedad. Por otro lado, su actitud es colaboradora y amable durante de la entrevista, manteniendo un disminuido contacto visual. Asimismo, se encuentra lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona; presenta una atención selectiva, sostenida y dividida, considerando que, presta atención a estímulos de su agrado, mantiene la conversación y es capaz de cambiar un tema a otro sin perder la ilación de la conversación. No se evidencia alteración de la percepción, respondiendo eficientemente a los estímulos del medio y a los de la

evaluación. Al mismo tiempo, evidencia un pensamiento entre funcional y abstracto, de curso fluido, sin embargo, en cuanto al contenido manifiesta ideas de culpa, minusvalía y preocupación. La memoria a corto y largo plazo se encuentran conservadas; en el área de lenguaje la fluidez y ritmo son adecuados, no obstante, el tono de emisión es bajo. Finalmente, en el área afectiva se identifica un estado de humor deprimido.

Análisis de resultados

En el área afectiva, la evaluada obtiene a criterio clínico y psicométrica un nivel de depresión moderada, presentando tristeza patológica debido a las discusiones y problemas que ha estado vivenciando con su pareja e hijos, manifestándolo a través del llanto, dificultad de disfrutar de sus actividades, además de ello, hay ausencia de motivación y falta de voluntad o energía para continuar con las diferentes circunstancias que acontece. Por añadidura, la paciente evidencia ideas de culpa, minusvalía y teme que la separación de su familia se deba a su causa. Se debe mencionar que, la paciente ha presentado ideas suicidas, más no han sido planificadas ni ejecutas. Por último, los síntomas expuestos interrumpen el desarrollo normal a nivel personal, familiar, ocupacional y social.

En el área de emotividad, a criterio clínico y psicométrico se encuentra en un nivel de ansiedad estado moderado, por motivo que en consulta emitió llanto, facies de preocupación y tristeza. Así también, evidencia un nivel ansiedad rasgo moderado, ya que, se encuentra constantemente preocupada, causándole dolores de cabeza y en distintas ocasiones suele perder oportunidades por no decidirse a tiempo, causando que se sienta insegura de sí misma. Es necesario puntualizar que la psicopatología que más afecta su funcionabilidad es un cuadro depresivo.

En el área de personalidad, presenta rasgos dependientes, asimismo, a lo largo de su vida se ha caracterizado por ser una persona sensible, introvertida, que le

agrada sentirse protegida y amada por las personas que están cerca de ella, tratando continuamente de caer en gracia al otro para evitar el conflicto; demuestra un comportamiento sumiso, disculpándose al instante cuando ocurren desacuerdos. En algunas situaciones también, suele percibirse como incapaz de dar una solución o decisión, por ello, busca ayuda por medio de consejos para tomar sus determinaciones; es ingenua y tiene poca confianza en sí misma; simultáneamente, disfruta quedarse en casa antes de salir a fiestas, no obstante, cuando hay algún evento y asiste, su comportamiento es retraído y su participación social mínima. Por otra parte, siempre se ha caracterizado por ser una persona generosa, pero también de un carácter fuerte, es decir, se molesta con facilidad y expresa de manera impulsiva su sentir y pensar, después al reconocer sus reacciones, experimenta sentimientos de culpa y se siente triste. Para concluir, Magdalena es una persona responsable, planificada, organizada y que realiza sus actividades el mismo día que se le asigna, finalmente, es dedicada a su familia y disfruta de la existencia de sus seres queridos.

Conclusiones

La paciente evidencia la presencia de sintomatología depresiva a nivel moderado dificultando su desenvolvimiento funcional, que a su vez provoca un nivel moderado de ansiedad estado y rasgo. A esto sumado que Magdalena presenta rasgos dependientes de personalidad, caracterizados por ser una persona sensible, introvertida, que le agrada sentirse protegida y amada por las personas que están cerca de ella, tratando continuamente de caer en gracia al otro para evitar el conflicto.

Recomendaciones

- Terapia cognitivo conductual, que incida en reestructurar sus pensamientos distorsionados de contenido depresivo y ansioso.
- Interconsulta con psiquiatría.

2.5. Identificación del problema

Para describir el problema se realizó el análisis funcional según lo que proponen Haynes y O'Brien (1990) tal como se muestra en la tabla 10.

Tabla 10

Análisis funcional de la conducta

Estímulos antecedentes	Conducta	Estímulos consecuentes
	Cognitivo	
Interno		
- Recuerdo cuando mi esposo llegaba a casa y me saludaba con un beso.	- "Ya no me ama"	Interno
- Recuerdo las discusiones que tenemos.	- "Seguro tiene a otra persona"	- Evitar salir de su cuarto y casa.
- Recordar los momentos agradables cuando vivía con su hija mayor.	- "No soy buena madre"	- Pensar que tiene la culpa de los problemas existentes que hay con su esposo e hijos.
- Imaginar que sus hijos no la traten bien por no ser una buena madre.	- "Soy débil y amargada"	
	- "Mis hijos no me quieren"	Externo
	- "Soy un fracaso como esposa y madre"	- El esposo le dice que no sea dramática y que no incite problemas.
	Emocional	
	- Tristeza (7/10)	- La suegra le dice que no moleste a su hijo y que deje de comportarse de una manera dramática.
	- Ansiedad (4/10)	- Su hija le menciona que está ocupada.
Externo	Fisiológico	
- Mi esposo llega a casa e inmediatamente va a su cuarto.	- Alteración del sueño.	- Su hijo hace berrinches en la calle.
- Ver a su esposo estar en el celular cuando dice que está cansado.	- Dolores de cabeza.	
- Mi hija no me llama para contarme su día.	- Llanto.	
	- Tensión muscular.	
	Motor	
	- Inquietud (4/10)	

-
- | | |
|---|-----------------------|
| - Mi hijo no me
obedece cuando trato
de corregirlo. | - Mover las
manos. |
|---|-----------------------|
-

Según el análisis funcional la latencia fue inmediata, la frecuencia de las conductas todos los días, intensidad 7/10 y la duración de los síntomas la mayor parte del día.

Capítulo III: Programa de Intervención Terapéutica

3.1. Especificación de los Objetivos de tratamiento

De acuerdo a los resultados obtenidos en el proceso de evaluación, se encuentran en la evaluada una dificultad significativa en el área de Afectividad, siendo compatible con un trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado, dado que, a lo largo de su vida la paciente manifiesta haber pasado por anteriores episodios, experimentando síntomas similares, como la tristeza patológica, desgano para realizar sus actividades, siendo así que, sólo lo realiza por obligación. En consecuencia, evidencia una disminución de disfrute, interés y motivación de sus acciones que antes que se presente el cuadro eran satisfactorias o placenteras para ella. A su vez, se identifica la presencia de ideas de minusvalía y culpa referente a los eventos actuales relacionados con su familia, a todo ello se le suma, problemas para conciliar el sueño y dolores de cabeza.

Como explica la OMS (2017), la depresión es un trastorno mental que afecta la vida de los individuos, siendo diferente al estado de ánimo habitual, con la particularidad de una sensación persistente de tristeza cuya duración es de dos semanas o más, interfiriendo en su actividad personal, familiar, ocupacional y social. Además, aparece como reacción ante un estímulo estresante externo (p.ej., fallecimiento de un familiar o una ruptura amorosa) o puede ser un tipo de respuesta que genera la persona frente a las demandas ambientales (Martínez, Vilar y Verdejo, 2018). De acuerdo a ello, este trastorno puede ser transitorio o permanente, evidenciando que la forma en como interpretamos, en otras palabras, los errores de pensamiento afectan nuestro sentir y actuar (Ellis y Grieger, 1990).

En ese sentido, a nivel teórico el programa de intervención se realizó según la terapia cognitiva de Aaron Beck, cuyo enfoque explica que la depresión presenta alteración en el procesamiento de la información, donde los esquemas se rigen por la tríada cognitiva predominante, siendo de ese modo, el primer componente la visión negativa de sí mismo

(p.ej., tiende a pensar que la consecuencia de sus defectos propios es carecer de valor), el segundo componente es la tendencia a interpretar experiencias negativas del mundo (p.ej., la paciente observa al mundo como demandante y que ella no será capaz con él) y el tercer componente es la visión negativa acerca del futuro, interpretando que sus metas terminarían en fracaso (Beck y Freeman, 1990). Por medio de técnicas cognitivas y conductuales, como la reestructuración cognitiva, columnas paralelas, actividades graduales, técnicas de dominio y agrado, habilidades sociales, solución de problemas, entre otros, se verificará la eficacia de este enfoque (Guzmán y Fernández, 2020).

Con la información recolectada se sugiere iniciar un programa de intervención desde el modelo cognitivo conductual, dada a su eficacia en trastornos depresivos (Carrasco, 2017). Ello se evidencia en las investigaciones realizadas por Figueroa (2002), que determina que la terapia cognitiva presenta mayor eficacia a largo plazo, a diferencia de la farmacología; este procedimiento se da a través de las enseñanzas de diferentes técnicas cognitivas y conductuales que permite al paciente obtener mejores mecanismos de afrontamiento. Además, Nardi, Bellantuono y Moltedo-Perfetti (2012) demostraron la eficacia del modelo cognitivo conductual, en su estudio realizado la sintomatología depresiva disminuyó y ayudó a sus pacientes a reevaluar e interpretar de una manera más racional sus pensamientos, tendiendo como consecuencias respuestas más adaptativas. Específicamente en casos de trastornos depresivos concomitante a rasgos de personalidad dependiente la terapia cognitiva conductual permite una reducción de la problemática, así como la implementación de pensamientos flexibles y racionales, recuperando la capacidad funcional a nivel personal, familiar, ocupacional y social (Zuluaga, 2018).

A nivel práctico, el presente estudio de caso permitirá generar una línea base para el diseño y ejecución de futuros programas de intervención cognitivo conductuales en casos de depresivos recurrentes asociados a rasgos de personalidad dependiente. De igual manera, confirmará la eficacia del enfoque cognitivo conductual con la disminución de los síntomas,

incrementando su funcionalidad y autonomía, así como también busca desarrollar recursos de afronte.

3.1.1. Objetivos

- Objetivo general
 - Modificar las cogniciones desadaptativas a través de la reestructuración cognitiva, permitiendo una mejor interpretación de la situación y a su vez disminuir la sintomatología depresiva, recuperando la funcionalidad en sus diferentes niveles.
- Objetivos Específicos
 - Explicar los principios generales de la depresión, mediante el modelo cognitivo conductual y el modelo biopsicosocial.
 - Explicar e identificar la influencia de los pensamientos sobre nuestras respuestas.
 - Planificar gradualmente actividades, para evaluar la dificultad, destreza o placer que pueda experimentar de manera objetiva.
 - Explicar, evaluar, cuestionar y modificar las distorsiones cognitivas y pensamientos desadaptativos.
 - Entrenar y enseñar la importancia de la respiración y el efecto que causa en el control emocional.
 - Enseñar y aplicar el entrenamiento en habilidades sociales.
 - Explicar la importancia de la toma de decisiones y enseñar a resolver conflictos futuros, tanto para los problemas emocionales como para mayor adaptación de su personalidad.
 - Anticipar y preparar frente a los posibles escenarios, afrontando y adaptando los cambios de conductas producidos en la intervención.

3.2. Diseño de Estrategias de tratamiento o intervención

Inicialmente, se comprobó que la cantidad de sesiones propuestas eran idóneas para este presente caso clínico, puesto que, Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) en su libro Terapia

Cognitiva de la Depresión, señalan que comúnmente la terapia consiste entre 15 a 20 sesiones una vez por semana, haciendo uso de técnicas cognitivas y conductuales las cuales han mostrado un alto nivel de eficacia en casos depresivos. Prosiguiendo, se estableció la alianza terapéutica entre la terapeuta y la paciente, donde ambas partes fijaron un contrato conductual, estipulando la participación activa por ambas partes, en la que el terapeuta explica, enseña y entrena diversas técnicas, mientras que, la paciente asume el compromiso de desarrollar las actividades dentro de las sesiones y las que se le asignen fuera de ella. Para esto, el Colegio de Psicólogos del Perú (2017), propone el código de ética profesional del psicólogo peruano mediante la Ley 30702 el 21 de diciembre del 2017, el cual se consideró en el presente estudio de caso; que estipula el respeto a la dignidad del sujeto, el compromiso de proteger y resguardar los derechos humanos, así como su privacidad e integridad al aceptar ser partícipe del consentimiento informado con fin académico, el objetivo es incrementar conocimientos de la conducta humana, logrando que el individuo se comprenda así mismo, manteniendo el bienestar entre sus relaciones.

En esta perspectiva, el diseño del presente reporte corresponde a un estudio de caso único (Ato, López y Benavente, 2013). De acuerdo al objetivo, inicialmente se programó la terapia en 16 sesiones, 14 de tratamiento y 2 sesiones de seguimiento, las cuales tenían una duración de 45 minutos, una vez por semana, aplicando el enfoque cognitivo conductual, sin embargo, se extendió a 17 sesiones, puesto que, en una de las sesiones establecidas sólo le logró el objetivo de manera parcial, programando una nueva sesión, en resumen, la terapia se dio en 17 sesiones, 15 de tratamiento y 2 de seguimiento. Para empezar, se utilizó la técnica de psicoeducación, para explicar la parte conceptual, sintomatológica del cuadro, así como también las características e historia de aprendizaje, al mismo tiempo, se utilizó el modelo biopsicosocial para explicar la etiología y mantenimiento del problema. Después, se trabajó con un registro, explicando la relación entre pensamiento, emoción y conducta la cual produce que se mantenga la depresión, posteriormente se ejecutó la parte conductual, asignando una serie de actividades por medio de una programación e identificación del

dominio y agrado, determinando y reconociendo qué habilidades tiene y cuáles de ellas disfruta hacer, el fin de esta actividad fue ir recuperando la funcionabilidad de la paciente; por esa razón también, se trabajó la identificación de pensamientos rumiativos y negativos, llevándola a un análisis y discusión sobre estos, para luego reemplazarlo por otros pensamientos más flexibles y adaptativos. Luego, se enfocó en explicar e identificar las distintas distorsiones cognitivas existentes, confrontándolas mediante la reestructuración cognitiva.

En esa misma línea, se entrenó en respiración diafragmática para enfrentar las situaciones donde los síntomas de la ansiedad están presentes, obteniendo un mejor control y respuesta emocional. Igualmente, se entrenó en habilidades sociales, fortaleciendo los estilos de comunicación y autoestima, expresando sus pensamientos y sentir de manera asertiva, reconociendo su valía personal, además, se ejecutó la técnica de solución de problemas, exponiendo y explicando las fases y procedimiento, aplicándolos en diversas situaciones posibles de su vida, también se mencionó la posibilidad de ocurrencia de eventos desagradables, indicando que las técnicas aprendidas la ayudarán a enfrentar las adversidades futuras, se recalcó la importancia de prevención de recaídas. Finalmente, se efectuó el seguimiento oportuno, reforzando los logros de la paciente y guiando en la búsqueda de distintas alternativas de solución.

A continuación, se presentan las sesiones del programa de intervención (tabla 11).

Tabla 11

Programa de intervención cognitivo conductual para el trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con rasgos de personalidad dependiente.

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas entre sesiones
1	Comprometer al paciente con el cumplimiento del contrato terapéutico.	Alianza terapéutica Diálogo expositivo Psicoeducación	Comentar a sus familiares lo aprendido en sesión.

Tabla 11

Programa de intervención cognitivo conductual para el trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con rasgos de personalidad dependiente.

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas entre sesiones
	Definir y explicar la diferencia entre tristeza y depresión Explicar la problemática actual, desde la perspectiva del modelo Biopsicosocial.	Escucha Activa	
2	Fortalecer la alianza terapéutica entre el paciente y el psicoterapeuta. Retroalimentación acerca de la información brindada sobre la problemática. Explicar la problemática actual, desde la perspectiva del modelo Cognitivo Conductual.	Retroalimentación Alianza terapéutica Diálogo expositivo Psicoeducación Escucha Activa	Comentar con sus familiares lo aprendido en sesión. Anotar los momentos en que ha tenido una visión negativa de sí misma, el mundo y el futuro.
3	Retroalimentar la sesión anterior. Explicar la relación entre pensamiento, emoción y conducta, para luego identificar la conexión o influencia con su vida personal.	Retroalimentación Diálogo expositivo Columnas paralelas Reestructuración cognitiva Autorregistro Tarea para la casa	Realizar un Auto registro de lo aprendido en sesión.
4	Fortalecer y verificar el entendimiento y aplicación de la técnica columnas paralelas. Explicar la importancia y finalidad de la técnica de asignación de	Retroalimentación Columnas paralelas Reestructuración cognitiva Psicoeducación	Realizar un auto registro situaciones donde tuvo que aplicar la técnica de columnas paralelas.

Tabla 11

Programa de intervención cognitivo conductual para el trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con rasgos de personalidad dependiente.

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas entre sesiones
	tareas graduadas e insertarlas en su vida diaria. Explicar y aplicar la técnica de programación de actividades.	Diálogo expositivo Técnica de asignación de tareas graduadas Programación de actividades Tarea para la casa	Cumplir con la programación de actividades y asignación de tareas.
5	Retroalimentar la sesión anterior. Incorporar la técnica de dominio y agrado, recalcando la finalidad de esta actividad y la importancia del cumplimiento de este. Verificar el cumplimiento de las tareas para la casa.	Retroalimentación Diálogo expositivo Reestructuración cognitiva Técnica de asignación de tareas Técnica de dominio y agrado Técnica de Programación de actividades	Realizar un auto registro de acuerdo al dominio y agrado que tuvo de cada actividad asignada.
6	Retroalimentar la sesión anterior. Explicar los pensamientos automáticos y la influencia de estos. Verificar el cumplimiento de las tareas para la casa.	Retroalimentación Psicoeducación Diálogo expositivo Reestructuración cognitiva Auto registros	Realizar un auto registro de los pensamientos automáticos.
7	Fortalecer la sesión anterior. Lograr la identificación de pensamientos automáticos en su vida diaria.	Retroalimentación Reestructuración cognitiva Diálogo expositivo Auto registros	Realizar un auto registro de los pensamientos automáticos

Tabla 11

Programa de intervención cognitivo conductual para el trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con rasgos de personalidad dependiente.

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas entre sesiones
	Verificar el cumplimiento de las tareas para la casa.		acontecidos en su vida diaria.
8	Retroalimentar la sesión anterior. Explicar que son las distorsiones cognitivas y la influencia de estos. Verificar el cumplimiento de las tareas para la casa.	Retroalimentación Psicoeducación Diálogo expositivo Reestructuración cognitiva	Realizar un auto registro de las distorsiones cognitivas presentados en sesión.
9	Realizar una retroalimentación de la sesión anterior. Identificar qué tipos de distorsiones cognitivas predominan en el paciente. Entrenar, enseñar y resaltar la respiración en el control de las emociones. Verificar el cumplimiento de las tareas para la casa.	Retroalimentación Diálogo expositivo Reestructuración cognitiva	Realizar un auto registro de las distorsiones predominantes.
10	Retroalimentar la sesión anterior. Entrenar, enseñar y resaltar la respiración en el control de las emociones. Verificar el cumplimiento de las tareas para la casa.	Retroalimentación Psicoeducación Reestructuración cognitiva Diálogo expositivo Respiración diafragmática Modelado Ensayo conductual	Practicar e implementar la técnica de respiración diafragmática.
	Retroalimentar la sesión anterior.	Retroalimentación Diálogo expositivo	Realizar una actividad utilizando la

Tabla 11

Programa de intervención cognitivo conductual para el trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con rasgos de personalidad dependiente.

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas entre sesiones
11	Explicar en qué consiste la identificación, cuestionamiento y modificación de los pensamientos desadaptativos de la paciente. Verificar el cumplimiento de las tareas para la casa.	Reestructuración cognitiva Retribución cognitiva	técnica de experimento conductual para corroborar objetivamente sus creencias.
12	Explicar, entrenar y reconocer la importancia de los estilos de comunicación en el desarrollo de nuestras habilidades sociales. Verificar el cumplimiento de las tareas para la casa.	Retroalimentación Dialogo expositivo Role playing Reestructuración cognitiva	Anotar que estilo de comunicación predomina en la paciente.
13	Retroalimentar la sesión anterior. Explicar la importancia e impacto de la autoestima en nuestro desenvolvimiento personal y las relaciones interpersonales.	Retroalimentación Psicoeducación Diálogo expositivo Escucha activa Reestructuración cognitiva Habilidades sociales Autoestima	-
14	Retroalimentación de la sesión anterior. Enseñar y entrenar a la paciente en solución de problemas para prevenir posibles eventos futuros que pudieran ocasionar una recaída.	Retroalimentación Diálogo expositivo Psicoeducación Reestructuración cognitiva Técnica de solución de problemas	Realizar el proceso de solución de problemas en un caso de la vida real.

Tabla 11

Programa de intervención cognitivo conductual para el trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con rasgos de personalidad dependiente.

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas entre sesiones
		Descubrimiento Guiado	
15	Retroalimentar la sesión anterior. Entrenar y aplicar la técnica de solución de problemas. Verificar si la paciente identifica, cuestiona y modifica sus pensamientos	Retroalimentación Diálogo expositivo Técnica de solución de problemas Reestructuración cognitiva Descubrimiento Guiado	-
16	Seguimiento #1: Anticipar y preparar frente a los posibles escenarios, afrontando y adaptando los cambios de conductas producidos en la intervención.	Diálogo expositivo Reestructuración cognitiva Role playing	-
17	Seguimiento #2: Anticipar y preparar frente a los posibles escenarios, afrontando y adaptando los cambios de conductas producidos en la intervención.	Escucha activa	-

Nota: Elaboración propia del programa psicoterapéutico para el trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado del presente caso clínico, el cual se llevó a cabo en 17 sesiones: 15 de intervención y 2 de seguimiento, de 45 minutos cada una, 1 vez por semana.

3.3. Aplicación del tratamiento Cognitivo Conductual

Se mostrará el procedimiento de la intervención en el trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado, para esto se tiene en cuenta las siguientes siglas:

T: Terapeuta

P: Paciente

PRIMERA SESIÓN (21/10/19)

I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Fortalecer la alianza terapéutica entre el paciente y el psicoterapeuta.
- Comprometer al paciente a la adherencia al tratamiento.
- Definir y explicar la diferencia entre tristeza y depresión.
- Informar y explicar al paciente sobre la depresión desde el Modelo Biopsicosocial.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Alianza terapéutica
- Diálogo expositivo
- Psicoeducación
- Escucha activa

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión dando la bienvenida al paciente e informándole que estamos comenzando con el plan de intervención, a su vez, se fortaleció la alianza terapéutica preguntándole como había estado su semana, cómo se sentía al respecto y sus expectativas frente a la sesión, asimismo, se consultó si aún quedaba dudas con respecto a los resultados de su informe psicológico y se procedió a resolverlas. Por consiguiente, se redactará lo que se platicó con la paciente.

T: Buenos días Magdalena, ¿cómo te ha ido?, ¿cómo estás? Cuéntame un poquito

P: *Hola señorita Antuanette, bien, un poco cansada por las actividades del colegio de mi hijo, y pues, aun sintiéndome un poco triste y sin ganas de hacer mis cosas*

T: De acuerdo a lo que me dices, es que es importante el tratamiento tanto el que te vamos a brindar aquí como la indicación del psiquiatra, recuerda que vamos a conocer estrategias que nos permitan resolver ciertos conflictos para que tú en un futuro puedas utilizarlas

P: *Espero poner de mi parte en este proceso, extraño ser yo y no quiero sentirme así siempre, con este sentimiento raro en el pecho, además mi esposo e hija leyeron el informe y me dijeron que estarían para mí, que querían que me recupere, siento que sus palabras me dieron motivación (llanto)*

T: Ya ves, tienes personas que te aman y están dispuestas acompañarte en este proceso y sentirte así es totalmente válido, por otro lado, ¿sigues tomando los medicamentos que te ha mandado el psiquiatra, cierto?

P: *Sí señorita, lo estoy tomando y creo que me están ayudando también*

T: Perfecto Magdalena, es importante cumplir con el tratamiento de fármacos, sumado el plan de intervención que te vamos a brindar, con esto se espera un cambio positivo en ti, acompañado de tu compromiso y ganas de querer mejorar; ahora te voy a mostrar el consentimiento informado (Anexo A)

P: *Eso quiero señorita, estar bien por mí y por mis hijos que son mi principal motivación en estos momentos, no me agrada que me vean sufrir, sé que verme así les duele (revisa y firma el consentimiento)*

Posterior a ello, se indicó los objetivos de la psicoterapia consultándole si estaba de acuerdo, así también, se le comunicó el número de sesiones aproximadas que iba a consistir el tratamiento, por último, se le comentó la importancia de asistir a sesión y cumplir con las actividades planteadas.

T: Hoy iniciaremos nuestra primera sesión, que tiene como objetivo comprender y entender las razones de tu sintomatología y las diferencias que pueden existir, para ello usaremos una técnica llamada psicoeducación en la que voy a explicarte lo mencionado anteriormente, recuerda que si hay algo que no entiendas debes comentármelo para orientarte y tener los puntos claros, ¿estás de acuerdo?

P: *Esta bien señorita*

T: Según lo leído en tu informe y consentimiento informado ¿más o menos cuál crees que podría ser tu diagnóstico en este momento?

P: *Creo que podría tener depresión ¿o estoy mal señorita?*

T: No hay respuestas inválidas porque estamos en un proceso de aprender, pero ciertamente se trata de un cuadro depresivo. Ahora empezaremos conociendo que es la depresión específicamente, si bien es cierto hay personas que dicen estar deprimidas, cuando en realidad sólo están tristes o con un estado de ánimo decaído, por esta razón diferenciaremos la tristeza y depresión

Para explicar las definiciones y diferencias de la depresión y tristeza se utilizó la pizarra y material visual, obteniendo mayor comprensión

T: Con la explicación brindada te haré un par de preguntas, ¿la tristeza y depresión son lo mismo?

P: *No, debido que, la tristeza es natural y la depresión es una enfermedad que no te deja hacer tus cosas como antes y te tiene casi todo el día triste*

T: ¿Los síntomas de la depresión y tristeza son los mismos?

P: *No, la depresión tiene más síntomas y necesita ayuda profesional como la que yo recibo de usted*

T: Exacto, en la depresión nuestra capacidad de disfrutar o tener placer de las cosas va disminuyendo o perdiéndose, ¿recuerdas otros síntomas a parte de los que te he mencionado?

P: *Sí, como el sentirnos desmotivados, cansados, sin ganas de comer o salir*

Por consiguiente, se le explicó los niveles de depresión, haciendo que la paciente identifique en qué nivel está y qué áreas de su funcionabilidad está afectada, alcanzando resultados satisfactorios.

T: Magdalena como hemos visto hay niveles de depresión ¿cuál crees que puede ser tu caso?

P: *Considero que es de nivel moderado, porque afecta significativamente mi vida personal, familiar y social, sin embargo, no es tan grave como para pensar constantemente en matarme o haberlo planificado como lo explicó*

Se procedió a describir la depresión desde el modelo Biopsicosocial.

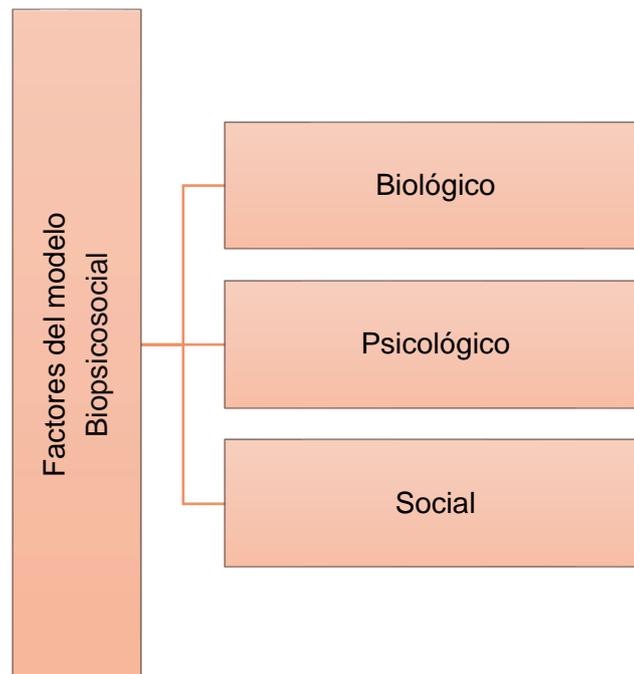
T: Continuando, te explicaré acerca de tres factores que influyen considerablemente en el inicio, proceso y mantenimiento de la depresión basado desde modelo biopsicosocial; recalco una vez más que si tienes preguntas no dudes en hacerlas

P: *Esta bien señorita, gracias por su paciencia*

T: No te preocupes; qué es el modelo biopsicosocial te preguntará, pues es un enfoque participativo que postulan tres factores: biológico, psicológico y social

P: *Señorita a qué se refiere con enfoque participativo*

T: Me refiero a que una influye en la otra, lo vamos a escribir en la pizarra para entenderlo mejor



T: Dentro del factor biológico se toma en cuenta la predisposición genética, antecedentes de depresión o algún trastorno mental en nuestros familiares, se considera también enfermedades como la tiroides, diabetes, entre otros, así como una posible desregulación de neurotransmisores, todo ello puede desencadenar una depresión. Luego está el factor psicológico que tiene que ver con nuestra forma de pensar, nuestras características de personalidad, la autoestima, la baja tolerancia a la frustración, etc., y para culminar, está el factor social relacionado al soporte familiar, problemas de pareja, dificultades en nuestras habilidades sociales, todos los factores mencionados influyen en la aparición, aumento o disminución de los síntomas de la depresión

P: *Comprendo, yo pensaba que el origen de todo eran mis problemas, pero me doy cuenta que son varios factores que no conocía*

T: Si, a veces cuando desconocemos algo creemos que hay una única causa, ¿alguna duda?

P: No señorita todo estuvo claro, me voy con nuevos datos que desconocía, gracias

T: Me alegra porque ese es el objetivo, la actividad que tienes que hacer es básicamente comentar lo que has aprendido el día de hoy

P: Esta bien señorita voy a compartir las cosas que usted me ha dicho y voy a mostrarles los folletos bonitos que me hizo, cuídese nos estamos viendo

T: Chao no te preocupes, buena semana Magdalena

Conclusiones: se lograron los objetivos

SEGUNDA SESIÓN (28/10/19)

I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Fortalecer la alianza terapéutica entre el paciente y el psicoterapeuta.
- Confirmar si realizó la tarea asignada la sesión anterior.
- Retroalimentar al inicio y final de la sesión.
- Comprometer al paciente con la adherencia al tratamiento.
- Informar y explicar al paciente sobre la depresión desde el Modelo cognitivo conductual.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Alianza terapéutica
- Diálogo expositivo
- Psicoeducación
- Escucha activa

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se felicita y refuerza la puntualidad de la paciente al llegar a sesión, asimismo, se da un preámbulo de lo que se va a desarrollar, después se realizó la retroalimentación del tema anterior, consolidando la información ya brindada. Posterior a ello, se continuó con el plan de tratamiento haciendo la explicación de la depresión desde el modelo cognitivo conductual. Se utilizó material visual.

T: Hola, bienvenida Magdalena ¿cómo estás?

P: *Hola señorita, estoy tratando de mejorar todos los días*

T: Me alegra que tengas ganas de intentarlo, continuando vamos a comprobar si quedo clara la explicación anterior, para eso necesito que me comentes un poquito de lo que conversamos, y si hay algo que has olvidado ten la confianza de preguntarme, aquí estoy para aclarar tus dudas

P: *Esta bien señorita. Bueno lo que conversamos la otra vez fue reconocer en qué momentos uno esta triste y en qué momentos puede padecer depresión, para diferenciarlos vimos sus síntomas, causas y el impacto que puede generarnos*

T: muy bien, continúa...

P: *Cuando digo impacto me refiero a cómo afecta nuestro día a día, además aprendimos sobre los riesgos por la descendencia familiar, por la parte psicológica y por las relaciones que tenemos con los demás*

T: Excelente Magdalena y cuéntame ¿se lo comentaste a un familiar?

P: *Si señorita, a mi hermana. Ella se sorprendió al igual que yo porque no sabía que había niveles en la depresión*

T: Entiendo y te felicito por cumplir con esta tarea, veo y compruebo tu compromiso

P: *Gracias señorita*

Se realizó la explicación del modelo cognitivo conductual:

T: Cómo hemos visto el modelo biopsicosocial, hoy aprenderemos de otro que es igual de relevante e importante, se trata del modelo cognitivo conductual, te preguntarás ¿qué es ese modelo?, pues se basa prácticamente en la influencia de nuestros pensamientos y el impacto que tiene sobre nosotros. Por ello, conoceremos ciertas características que presentan las personas con este tipo de problema, y luego me vas a comentar si alguna cosa indicada lo has experimentado en algún momento, ¿de acuerdo?

P: *Está bien señorita, a veces uno está sumergido en la ignorancia y no sabe lo que importante que es entender el problema*

T: Sí tienes razón, por eso iniciaremos explicando la triada cognitiva, el cual puede afectar nuestro desenvolvimiento diario. El primer punto que es la visión negativa

de sí misma, es cuando la persona tiende a verse desesperanzado, con poca valía personal, se atribuye experiencias desagradables a un defecto suyo (moral o físico). Por estos defectos, las personas creen que son inútiles y carecen de valor, también, piensan que carece de los atributos para ser feliz, ¿has pensado alguna vez de esta manera?

P: Sí señorita, me he sentido frustrada conmigo misma, a veces creo que no tengo fuerzas para continuar, me cuestiono varias cosas cómo, si realmente soy buena madre, hija, hermana y esposa

T: De acuerdo a lo que me dices resalto la importancia de conocer estas formas de vernos a nosotros mismos, al mundo y al futuro, porque nos predisponen o refuerzan nuestro sentimiento de tristeza. Avanzando con el tema, el segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de manera negativa, percibiendo que el mundo le hace demandas exageradas o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos, nuevamente te pregunto ¿te ha pasado?

P: Sí señorita, en realidad he pensado que no me entienden y que la vida es muy dura conmigo, pero como usted me explicó cuando estamos deprimidos aumentamos esta manera de ver las cosas

T: Exacto, para concluir explicaré el tercer componente que es la visión negativa acerca del futuro, ocurre cuando hacemos proyectos a largo plazo, por tanto, anticipamos las dificultades o sufrimientos presentes asumiendo que continuarán indefinidamente, esperando frustraciones y privaciones. Cuando queremos hacernos cargo de una tarea, inevitablemente aparecen nuestras expectativas de fracaso

P: *Creo que suelo tener más una visión negativa del futuro, de tal forma pienso que mi familia se va a romper, que los problemas de dinero van a seguir y que mis hijos no me van a obedecer, pensar en eso aumenta mi tristeza*

T: Muy bien, has identificado que debido al propio cuadro aumenta la forma de pensar e interpretar negativamente

P: *Sí señorita, la verdad que cuando estamos tristes vemos todo negativo*

T: Es cierto Magdalena, prosiguiendo con el tema tenemos los esquemas negativos que conllevan a realizar un mal procesamiento de información, que tiene relación cómo nuestro cerebro identifica y usa la información que recibe del medio, ocasionando que se mantenga la validez de nuestros pensamientos negativos

P: *Esta bien, esta vez me pareció un poco más difícil, pero con sus aclaraciones entendí mejor y me di cuenta que a veces yo me auto saboteo, provocándome que me sienta mal*

T: Excelente Magdalena, he notado que estas muy pendiente a lo que se te explica y eso ayuda en este proceso. Ahora te pondré otra tarea sencilla para la casa, primero debes comentar otra vez lo aprendido en sesión y la segunda es que vas anotar en tu cuaderno de trabajo, momentos en los que hayas tenido una visión negativa de ti misma, del mundo y del futuro

P: *Esta bien señorita, creo que tengo varias (risas)*

T: Fue un gusto Magdalena, sigue con ese compromiso que le estas poniendo a cada sesión, nos vemos

P: *Nos vemos, gracias señorita*

Conclusiones: Se lograron los objetivos.

TERCERA SESIÓN (04/11/19)

I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Explicar la relación entre pensamiento, emoción y conducta.
- Identificar y relacionar con su vida personal.
- Consolidar la información dada en la sesión anterior.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Columnas paralelas
- Reestructuración cognitiva
- Diálogo expositivo
- Autorregistros

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

T: Buenas tardes Magdalena, ¿cómo te ha ido en estos días que no nos hemos visto y cómo estas ahora?

P: *Hola señorita, mi pareja me recalcó que quería ayudarme en mi proceso, lo hace por nuestra familia y eso me hizo feliz, no le voy a negar que he estado triste, pero por alguna razón estoy mejor, creo que el saber qué padezco y cómo se da ha hecho que no me culpe por todo, por eso trato de recordar lo que hablamos y decirme a mí misma que tenga paciencia*

T: Me alegra por ti Magdalena, que bueno que la primera parte de psicoeducación te haya brindada calma y por supuesto es tu proceso y las estrategias que aprendamos debes practicarlas, pero cuéntame más específico ¿cómo va las cosas en casa?

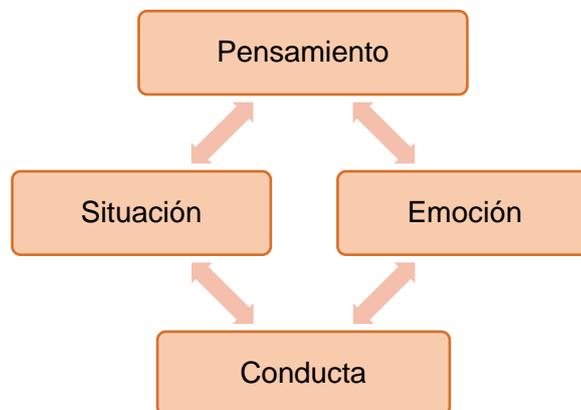
P: *Más o menos, tengo muchos malos pensamientos y eso me vuelve a poner triste*

T: Justo de eso vamos hablar el día de hoy, conoceremos como nuestro pensamiento puede influir sobre la situación, y que la situación en sí misma no es la que te causa angustia o dolor sino son esos pensamientos negativos que muchas veces no son reales necesariamente

P: *Si no es la situación lo que me causa malestar ¿qué es?*

T: Es nuestro pensamiento, por eso es importante saber cómo puede afectar nuestro comportamiento e incluso como nos relacionamos con otros; pero para que me entiendas mejor haré un pequeño gráfico en la pizarra y pondremos ejemplos ¿te parece?

Se brindó material visual, luego se procedió a explicar la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta; planteando primero situaciones cotidianas y luego relacionadas a su problema. Mostrando que dos personas pueden reaccionar de forma distinta ante una misma situación.



T: Bueno Magdalena, haremos un ejemplo para esto a la primera persona la llamaremos Alfa y a la segunda Beta

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
La vecina no me saludó "ALFA"	"Seguro no le agrado" "Seguro piensa mal de mí"	Tristeza 6/10 Intranquilidad 5/10	-Llorar -No querer salir, para no encontrarme con la vecina
La vecina no me saludó "BETA"	"Seguramente no me vio porque estaba distraída" "Seguramente estaba apresurada en ir a su negocio que no se percató de mí"	Tristeza 1/10 Intranquilidad 2/10	-Me pongo a organizar mis cosas -Salgo, visito su negocio y le menciono que ayer la saludé

T: ¿Te diste cuenta que ambas personas frente a una misma situación brindaron diferentes respuestas?, por lo que Beta experimentó tristeza e intranquilidad con una menor intensidad a diferencia de Alfa; ahora te pregunto ¿por qué crees que se dio de esa manera?

P: *Quizás porque la otra persona veía todo negativo, mientras que el otro no. Nuestro pensamiento es poderoso a tal punto que puede cambiar para bien o para mal una situación, aparte uno toma como real la frase "piensa mal y acertaras" pero en realidad es piensa mal y te dolerá (risas)*

Siguiendo, se planteó una situación en la que haya pasado con su pareja, evaluando y colocando relevancia en los pensamientos que pueden determinar la forma en cómo respondemos ante distintos hechos.

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
Mi esposo llega y saluda primero a mi hijo	“seguro no me quiere saludar a mi”	Tristeza 7/10	-Me voy a mi cuarto y me pongo a llorar
	“quiere evitarme”	Preocupación 4/10	
	“no me extraña”	Intranquilidad 6/10	-No lo saludo
Mi esposo llega y saluda primero a mi hijo	“saludo a mi hijo primero porque está sentado cerca a la puerta y seguro lo extraño mucho”	Tristeza 3/10	-Salgo de la cocina a saludarlo
		Preocupación 0/10	
		Intranquilidad 1/10	-Nos ponemos a ver televisión los 3
	“Mi esposo quiere mejorar nuestra familia, por eso pone atención a mi hijo y a mí”		

T: En la primera situación que planteaste tuviste interpretaciones inadecuadas generando emociones negativas que terminó agrandando el conflicto

P: *Así es señorita, ahora me doy cuenta que si analizó realmente mis pensamientos puedo evitar el conflicto, pero principalmente puedo evitar el malestar emocional y no aumentar mi tristeza*

T: Te preguntó una vez más, ¿qué es lo que te causa malestar, la situación o tú interpretación acerca de ella?

P: *Mi interpretación señorita*

T: Correcto, por eso es importante detenernos e identificar, evaluar y verificar si nuestra interpretación es la correcta, caso contrario buscar pensamientos más flexibles y adaptativos. Para consolidar lo aprendido haremos un registro de tres acontecimientos relevantes que te sucedan, colocas lo primero que pensaste, qué te hizo sentir y cómo actuaste, para luego modificarlo por pensamientos más flexibles como hemos practicado, ¿te parece?

P: *Si señorita, creo que va hacer un poco difícil, pero lo voy intentar*

T: Coméntame ¿por qué lo consideras difícil?

P: *Porque esta vez no tendré su ayuda*

T: Recuerda que la idea es que aprendas, igual la próxima semana lo vamos a ver juntas y cualquier duda lo resolveremos

P: Esta bien señorita, gracias. Nos vemos la próxima semana

Conclusiones: Se lograron los objetivos.

CUARTA SESIÓN (11/11/19)

I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar la explicación de la relación entre pensamiento, emoción y conducta.
- Explicar la técnica de programación de actividades y asignación de tareas graduadas e insertarlas en su vida diaria.
- Motivar a cumplir con las actividades establecidas.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Columnas paralelas
- Diálogo expositivo
- Reestructuración cognitiva
- Técnica de asignación de tareas graduadas
- Técnica programación de actividades
- Tareas para la casa

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

T: Hola Magdalena, vi que llegaste súper temprano hoy

P: *Hola señorita, si es que fui a dejar a mi hijo donde mi hermana y de frente me vine para acá por eso llegué antes*

T: Oh entiendo, cuéntame ¿cómo estuvo tu semana?

P: *Bien señorita, estuve conversando con mi hermana, además mi hija se quedó a dormir en la casa y me dijo que estaba orgullosa de mí (llanto)*

T: ¿Eso cómo te hizo sentir?

P: *Feliz y triste, porque sé que está preocupada por mí, por eso me esfuerzo por salir adelante*

T: Eres valiente, con tu esfuerzo y compromiso vas a lograr lo que te propones; prosiguiendo con el tema ¿lograste apuntar algunas situaciones en la que pudiste adoptar pensamientos más adaptativos?

P: *Algunas, debo confesar que ha sido más difícil de lo que pensé, pero si he logrado hacerlo. Por cierto, solo he logrado hacer dos situaciones, ¿no importa?*

T: No te preocupes la idea es que lo apliques transcribiendo hasta que puedas hacerlo mentalmente, veamos lo que tienes

P: *Voy a sacar mi cuaderno*

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
Mi hija no contestó mi llamada, después de su salida de clases	- No quiere hablar conmigo - No me extraña como yo a ella	- Tristeza 8/10 - Intranquilidad 7/10 - Preocupación 6/10	- Comienzo a llorar - Me encierro en mi cuarto y me cuestiono si soy mala madre
Mi hija no contestó mi llamada, después de su salida de clases	- Es posible que esté camino a casa y no se haya percatado del celular - Debe estar distraída con sus amigos	- Tristeza 5/10 - Intranquilidad 3/10 - Preocupación 2/10	- Me pongo a ver televisión hasta esperar su llamada - Me pongo a organizar mis cosas

T: Muy bien Magdalena, creo que quedo bastante claro la explicación, ahora te pregunto ¿por qué es importante que lo generalices a distintos ámbitos de tu vida?

P: *Bueno señorita principalmente porque la mente de uno es poderosa. En tanto, como usted dijo, nuestros pensamientos tienen el poder de influir en nuestra forma de sentir y actuar por eso hay que pensar de manera más adaptativa*

Se realizó la retroalimentación del segundo caso y se prosiguió a continuar con los objetivos de la sesión.

T: Te acuerdas que la sesión anterior te mencione que hoy me trajeras una lista de las cosas que te gustaban hacer antes y que por el mismo problema has dejado de hacer, ¿trajiste la lista?

P: *Sí señorita, déjeme buscarlo*

Lista de actividades agradables
Salir a pasear al parque con mi hijo
Salir a correr por las mañanas
Ir de compras con mi hermana
Leer los cuentos de mi hijo
Ver películas
Que mi casita esté limpia

T: Muy bien, ahora vamos a organizarnos para hacer estas actividades y le vamos a agregar otras, lo vas a ir haciendo de forma gradual

P: *Ya señorita, ¿por qué es importante hacer esto?*

T: Es importante para que te des cuenta de que aun puedes hacer cosas que te gustan si te lo propones, además de confrontar ese pensamiento que te dice “no

eres capaz de hacer nada”, por ello iniciaremos con algunas actividades para la semana y le agregaremos una cosa de tu lista.

Se explicó en qué consiste las técnicas a usar, utilizando material visual para su comprensión.

T: Haremos un cuadro para fijar actividades no tan complejas, debes apuntar dichas actividades para que se pueda observar el cumplimiento de estas. Es parecida a un horario de clases. Iniciemos

P: *Entiendo, antes de 3 a 5pm solía sacar a mi hijo al parque, pero desde que me sentí así dejé de hacerlo*

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7 – 8 am	Levantarme y alistar a mi hijo para ir al colegio						
8 – 9 am	Desayunar y llevarlo al colegio						
10am - 12 pm	Ir al mercado y empezar a cocinar						
12 – 1 pm	Voy a recoger a mi hijo al colegio						
1 – 2 pm	Almorzar con mi hijo						
2 – 3 pm	Ver que tareas tiene que hacer						
3 – 5 pm	Ir al parque (volver a introducirlo)						
5 – 6 pm	Bañarlo y cambiarlo						
6 – 7 pm	Ver televisión						
7 – 8 pm	Cenar con mi familia						

8 – 9 pm	Acostar a mi hijo para luego irme a dormir						
-----------------	--	--	--	--	--	--	--

T: Si logras cumplir con la actividad de salir al parque con tu hijo debes premiarte con algo que te guste

P: Me premiaría con una torta de chocolate

T: Antes de finalizar, recordemos la importancia de cumplir con las actividades planteadas y saber que quizás no siempre podemos cumplir todo al 100%, pero debemos intentar constantemente, es por ello que te voy a mencionar lo siguiente:

1. “Nadie es capaz de llevar a cabo todo lo que planea”; así que, no se preocupe si no consigue realizar todo lo que se ha propuesto, la idea es intentarlo hasta lograrlo
2. Es posible que no se haya podido cumplir por factores externos que no puede prever, como interrupciones, visitas, etc., y lo mismo suele pasar con los factores internos, como la fatiga y la motivación
3. Aunque no tenga éxito, recuerde siempre que lo más importante es intentar llevar a cabo el programa; esto proporcionará información muy útil para establecer nuestro siguiente objetivo
4. Guarde unos momentos al final de la tarde para hacer el programa del día siguiente acorde a cómo le fue el día actual; anote la actividad propuesta para cada hora de sus actividades

T: Esto que te estoy indicando es muy importante, debido que, sirven para contrarrestar las ideas negativas referentes a que usted no puede cumplir con sus actividades

Conclusiones: Se lograron los objetivos.

QUINTA SESIÓN (18/11/19)

I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar la sesión anterior.
- Incorporar la técnica de dominio y agrado y que entienda la importancia de la realización de las actividades.
- Verificar si las actividades planteadas tienen efecto positivo en la paciente.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Diálogo expositivo
- Reestructuración cognitiva
- Técnica de programación de actividades
- Técnica de asignación de tareas graduadas
- Técnica de dominio y agrado

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

T: Hola Magdalena, ¿cómo estás?

P: *Bien señorita*

T: ¿Qué tal tu semana?

P: *Mejor señorita, feliz porque logré hacer las actividades que propusimos en sesión y comí mi torta (risas), sin embargo, durante toda la semana no pude ser tan productiva*

T: ¿Recuerdas lo que hablamos la semana pasada, de seguir intentando hasta lograr poco a poco nuestros objetivos?

P: *Claro que sí, eso me ha ayudado a darme cuenta que estoy en un proceso y debo sentirme feliz por mis pequeños logros, hasta que llegue a cumplir todos*

T: Esa es la actitud que debemos mantener. Te felicito por el logro de la actividad planteada, ¿has traído tu programa de actividades?

P: *Sí, un momentito se lo muestro*

T: ¡Wao! Parece que sí ha sido una semana productiva, ¿sabías que eras capaz de hacer todas estas cosas?

P: *(risas) Antes hacía más, pero volver hacer cosas que había dejado me gustó, incluso salí tres veces durante la semana al parque con mi hijo, me puso feliz ver como jugaba, eso fue muy bonito*

T: Muy bien, ahora con este papel que tenemos enfrente de nosotras te pregunto ¿no haces nada en casa? ¿eres improductiva?

P: *Hay señorita (risas) quizás no hago tantas cosas, pero aun así hago lo que puedo dar en este momento, me ocupo de mi familia y me dedico tiempo para mí, así que no soy improductiva, porque haciendo mi lista me di cuenta que hago más de lo que pensaba inicialmente*

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7 – 8 am	Levantarme y alistar a mi hijo para ir al colegio	Levantarme y alistar a mi hijo para ir al colegio	Levantarme y alistar a mi hijo para ir al colegio	Levantarme y alistar a mi hijo para ir al colegio	Levantarme y alistar a mi hijo para ir al colegio	Dormir	Dormir
8 – 9 am	Desayunar y llevarlo al colegio	Desayunar y llevarlo al colegio	Desayunar (mi hermana lo llevo al colegio)	Desayunar y llevarlo al colegio	Desayunar (mi hermana lo llevo al colegio)	Desayunar en familia	Desayunar en familia
10am - 12 pm	Ir al mercado y empezar a cocinar	Limpiar mi casa y cocinar	Limpiar mi casa y cocinar	Almorzar en mi hermana	Ir al mercado y empezar a cocinar	Acompañar en el negocio a mi esposo	Estar en casa
12 – 1 pm	Voy a recoger a mi hijo al colegio	Voy a recoger a mi hijo al colegio	Mi hija recogió a mi hijo y me quede en casa viendo TV	Voy a recoger a mi hijo al colegio	Ver tv mi hermana recogió a mi hijo	Acompañar en el negocio a mi esposo	Cocinar con mi hermana y esperar que mi hija llegue
1 – 2 pm	Almorzar con mi hijo	Almorzar con mi hijo	Almorzar con mis hijos	Almorzar con mi hijo y hermana	Almorzar con mi hijo	Almorzamos con mi suegra	Almorzar
2 – 3 pm	Cita en Psicología	Ver tv	Ayudar en sus tareas	Ver tv	Ver que tareas tiene que hacer	Fuimos a la casa	Conversar con mi familia
3 – 5 pm	Ir al parque (volver a introducirlo)	Conversar con mi hermana	Pasar tiempo con mi hija	Dormir	Mi esposo salió temprano y vimos una película	Dormí mientras mi hijo jugaba	Ir al parque (volver a introducirlo)

5 – 6 pm	Bañarlo y cambiarlo	Cambiar a mi hijo	Acompañar a mi hija a comprar	Conversar con mi cuñada	Ir al parque (volver a introducirlo)	Acompañé a mi esposo a cortarse el pelo	Estar en casa
6 – 7 pm	Ver televisión	Conversar con mi esposo	Ver televisión	Ver televisión	Bañarlo y cambiarlo	Ver tv	Ver tv
7 – 8 pm	Cenar con mi familia	Ver tv	Cenar				
8 – 9 pm	Acostar a mi hijo para luego irme a dormir	Acostar a mi hijo para luego irme a dormir	Acostar a mi hijo para luego irme a dormir	Acostar a mi hijo para luego irme a dormir	Acostar a mi hijo para luego irme a dormir	Cenar y luego continué viendo tv	Acostarnos

Se procedió a explicar la técnica y conceptos de dominio y agrado, a su vez, se le agregó de manera gradual actividades de la lista previamente mostrada. Se usó material visual.

T: ¿Quedó claro los conceptos de dominio y agrado?

P: *Si señorita, dominio es como la habilidad que tengo sobre lo que hago y agrado es el placer o satisfacción que me provoca*

T: Te voy a mostrar un pequeño y sencillo ejemplo de lo que vas a agregar a tu programa de actividades. Como usted ya tiene su programa, va indicar que tanto dominio tuvo sobre esa actividad, es decir, verificar el grado de dificultad que tiene sobre la actividad con su cuadro actual. Esto lo calificará del 0 al 5, donde 0 es nada de dominio y nada de satisfacción, mientras que, 5 es el máximo puntaje para ambos

P: *Comprendo, ahora debo seguir con mis actividades pero sólo agrego que tan bien lo hago y si me gustó hacerlo*

T: Sí, recuerda que puedes tener un cierto dominio en una actividad, pero no necesariamente vas a sentir agrado, es normal, no es malo

Lunes			
7 – 8 am	Levantarme y	D	A
	alistar a mi hijo	4	2
	para ir al colegio		
8 – 9 am	Desayunar y	2	0
	llevarlo al colegio		
10am - 12 pm	Ir al mercado y	0	3
	empezar a		
	cocinar		

P: *Esta actividad me va ayudar a darme cuenta que hay cosas que puedo hacer muy bien, como cocinar (risas), pero no necesariamente es algo que me gusta; o por ejemplo coser, que no soy muy buena pero es algo que me relaja y me agrada*

T: Bien, tu tarea para esta semana será añadir el dominio y agrado, pero también agregaremos dos actividades de la lista, será leer cuentos a tu hijo y ver películas

P: *Esta bien señorita, estoy de acuerdo. Nos vemos*

Conclusiones: Se lograron los objetivos.

SEXTA SESIÓN (25/11/19)**I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN**

- Retroalimentar la sesión anterior.
- Explicar en qué consiste los pensamientos automáticos y la influencia de estos.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Psicoeducación
- Reestructuración cognitiva
- Diálogo expositivo

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

T: Hola, ¿cómo estás Magdalena?

P: *Señorita hola, bastante mejor*

T: Cuéntame hiciste tu programación de actividades agregando lo último conversado en sesión

P: *Si señorita, se lo muestro*

T: Esta bien, cuéntame cómo te fue en el proceso de hacerlo

P: *La verdad señorita que bien, por ejemplo, realizar la lonchera de mi hijo no me agrada por eso puse 1, no obstante, considero tener dominio de ello porque mi hijo llegó y me dijo que le pareció rico (le preparé sándwich de pollo, jugo de maracuyá y frutas picadas)*

T: ¿Y por qué crees que no te agrado esa actividad?

P: *Es que hacer lo mismo todos los días es como un poco aburrido, pero me cuenta que a pesar de que he estado triste, no he dejado de cumplir con mi hijo*

T: ¿Recuerdas que decías que te sentías una mala madre?

P: *Sí, recuerdo*

T: ¿Crees que una mala madre se esforzaría por levantarse temprano a pesar que le cuesta, encima preparar algo rico para su hijo?

P: *No, creo que una mala madre no hace eso (ojos llorosos), me doy cuenta que a pesar de cómo me puedo sentir no dejo de preocuparme por ellos, son mi inspiración y motivación, de hecho, quiero sanarme por ellos y por mí*

T: Exacto Magdalena, eres capaz de realizar algunas actividades y de hacerte sentir bien a ti y a otros

P: *Me voy dando cuenta que puedo hacer cosas y a la vez disfrutarlas*

T: Me alegra que los objetivos y finalidades de cada técnica se estén cumpliendo; sobre todo porque tú lo estas permitiendo con tu esfuerzo y compromiso

Se realizó la retroalimentación y felicitó a la paciente por sus logros y se recomendó que siga practicando la actividad. Continuando con los objetivos, se procedió a explicar los errores en el procesamiento de la información y los pensamientos automáticos. Se utilizó material visual.

T: En el tema de hoy hablaremos de nuestra cognición, es decir, de nuestro pensamiento

P: *Listo señorita*

Se explicó el concepto de pensamientos automáticos, posteriormente se irá relacionando con la sintomatología depresiva. Se toma en cuenta el ejemplo de Judith Beck y se expone a la paciente para que haya una mejor comprensión acerca del tema.

T: Recordemos que en las primeras sesiones vivas acerca de los pensamientos automáticos, incluso tienes una fichita, si no me equivoco

P: *Sí señorita aquí esta, dice que son las conversaciones internas que tenemos, que pueden aparecer en forma de imagen o alguna representación que hace nuestra cabeza*

T: Sí, estos son productos de nuestras cogniciones, es decir, producto de nuestro procesamiento de la información que resulta del medio, estas suelen aparecer frente a un acontecimiento, algunas veces se manifiestan de forma distorsionada, pero nosotros las asumimos como verdaderas; y como mencionaste, se suele mostrar en forma de imagen, representaciones mentales o conversaciones internas, usualmente estas aparecen de manera intencionada por nosotros

P: *No recordaba muy bien, pero ahora que me lo explicó ya lo recordé*

T: ¿Te parece si practicamos un poco?

P: *Sí señorita está bien*

T: Para esto vamos hablar de la relación de nuestros sentimientos y pensamientos, para ello necesito que me comentes una situación en la que te hayas sentido mal

P: *El viernes, mi esposo llegó tarde porque se quedó con su hermana y mamá celebrando que tuvieron ventas altas*

T: Entiendo, y dime ¿qué emoción sentiste?

P: *Tristeza*

T: ¿Qué estabas pensando en ese momento? Algo paso por tu cabeza

P: *Si señorita, pensé que sin mí se divertía más*

T: Acabas de mencionarme un pensamiento automático que se ha dado de acuerdo a la información que has recibido del medio

P: *mm si me explica mejor, por favor*

T: Claro, hemos identificado uno que es “sin mí se divierte más”, lo evaluaremos y veremos qué tan real es

P: Ah, sí tiene razón

T: ¿Qué crees que ocurriría con tus sentimientos si detectas que los pensamientos que tuviste no son ciertos, y que cuando tu cuadro depresivo no este, te des cuenta que él puede divertirse estando contigo, pero también estando con su familia?

P: *Me sentiría mejor señorita*

T: ¿Te percatas que ese pensamiento influye en tu emoción, causando tristeza en ti?

P: *Si señorita, sólo que es difícil darse cuenta*

 **PENSAMIENTO**
Sin mí se divierte
más

 **SENTIMIENTO**
Tristeza

T: Muy bien, los pensamientos influyen en nuestra forma de sentir y en algunas ocasiones no es verdadero o sólo una parte del él lo es. Ahora vamos a detallar ese pensamiento que has tenido, o sea, vamos a escribir como si él se estuviera manifestando, por ejemplo, “no soy divertida”

T: ¿Por qué piensas que no eres divertida?

P: *Porque no me invitó a la celebración*

T: ¿Si te hubiera invitado, confirmarías que eres divertida?

P: *No lo sé*

T: En algún momento cuando has salido con tu hermana o esposo, ¿ellos se han reído?

P: *(risas)* sí señorita, es que cuando los veo serios suelo hacer chistes. Bueno quizás si soy algo divertida porque logro animarlos

T: ¿Por qué crees que no te haya invitado, aparte de pensar que no eres divertida?

P: *Podría ser porque su lugar de trabajo (el mercado) está un poco lejos de mi casa y puede ser peligroso para mí ir tarde*

T: Eso que me comentas, ¿tiene algo que ver con qué no seas divertida?

P: *No señorita, es por mi seguridad*

T: Entonces, ¿crees que la razón por la que no te invitó es porque no eres divertida?, si sabes que en otras ocasiones cuando salen se suelen divertir juntos

P: Creo que yo quería pensar eso, no evalué los otros posibles factores que parecen más ciertos de los que pensé

T: Correcto Magdalena, ahora vamos a practicar “atrapando” cuantos pensamientos sean posibles y registrarlas en un cuaderno

P: *Esta bien señorita, ¿En qué momentos señorita? ¿cuándo pasa?*

T: Vamos a reservar un cierto período de tiempo, por ejemplo, 15 minutos cada tarde que estas más libre, para recordar los acontecimientos del día y las cogniciones asociadas con cada uno de ellos, en pocas palabras, las cosas que pensamos en ese momento

P: *O sea, anotar en qué pensé cuando tuve una situación que me generó malestar*

T: Así es, vas a apuntar cualquier pensamiento negativo lo más preciso que sea posible, por ejemplo “experimenté el sentimiento de que era incompetente en mi

casa”, lo vas a escribir como si estuviera manifestando el pensamiento en una conversación, como lo hemos hecho anteriormente, “Soy incompetente en mi hogar”, debe ser lo más precisa posible

P: *Listo señorita, me quedo claro*

T: Perfecto, entonces la próxima semana me traes tu lista

Conclusiones: Se lograron los objetivos.

SÉPTIMA SESIÓN (02/12/19)

I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar la sesión anterior.
- Lograr la identificación de pensamientos automáticos, así como también, generar el registro de estos en determinadas situaciones.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Reestructuración cognitiva
- Autorregistros
- Diálogo Expositivo

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

T: Magdalena hola que gusto verte de nuevo, cuéntame lograste hacer la tarea

P: *Hola señorita, en realidad antes de empezar quería contarle que el día de ayer llego mi pareja y de frente se encerró en su cuarto ni me saludó, en principio me vino pensamientos negativos y por hice mi cuadro*

T: Que bien, cuéntame cómo lo resolviste

P: *Lo apunté en un papelito*

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Mi esposo llega a casa y se encierra en su cuarto	Está conociendo a otra persona No quiere verme	Tristeza 8/10 Preocupación 7/10 Angustia 7/10	Me puse a llorar Salir y contarle a mi hermana
Mi esposo llega a casa y	Seguro ha tenido un día estresado,	Tristeza 5/10 Preocupación 5/10 Angustia 4/10	Preparé la cena

se encierra en su cuarto	más tarde me acercaré a preguntarle		Le pregunté si necesitaba ayuda
	Necesita tiempo para estar solo		

Se realiza la retroalimentación del caso expuesto y se felicita por el uso de la técnica en la solución. A continuación, se revisa el cumplimiento de a tarea.

P: *Me da un poco de vergüenza mostrarlas, pero aquí apunté algunas*

Día 1	Soy una pésima mamá
Día 2	No hago las cosas bien
Día 3	No soy lo suficientemente inteligente
Día 4	No soy buena esposa
Día 5	Soy una vergüenza para mi familia
Día 6	Soy incompetente en mi hogar

T: ¿Buscaste argumento de ello?

P: *Sí señorita, fue muy difícil, sobre todo en el 3 y 6*

T: Lo resolveremos juntas ¿En qué momento tuviste ese pensamiento?

P: *Fue durante un tema en el colegio de mi hijo, era sobre las profesiones*

T: Entiendo y ¿Por qué piensas que eres una vergüenza para tu familia?

P: *Porque no he terminado el colegio como otras mamás*

T: ¿Todas las otras mamás han terminado todos sus estudios?

P: *No todas, bueno en realidad no la mayoría hasta donde sé*

T: ¿Hasta qué grado han estudiado la mayoría?

P: *Hmmmm creo que primaria o secundaria, igual que yo*

T: ¿Y por qué tu serías una vergüenza para tu familia y esas otras mamás no?

P: *Bueno, no sé (risas) es que cuando hablan son tan desenvueltas, alegres y a mí me cuesta relacionarme*

T: Pero el tener dificultades para relacionarte ¿realmente te hace ser una vergüenza para tu familia?

P: *No, porque incluso yo sigo yendo a cursos de costura. Sigo aprendiendo*

T: ¿Si eres capaz de seguir superándote, tu familia debe avergonzarse de eso?

P: *No*

T: ¿Por qué crees que no lograste ser profesional?

P: *En ese entonces la crisis económica en la que estaba era muy complicada para pagar mis estudios*

T: ¿Y qué hiciste para salir adelante?

P: *Trabaje mucho*

T: ¿Te avergüenzas de haber trabajado para salir adelante?

P: *No para nada*

T: Entonces, ¿te avergüenzas de lo que pudiste hacer y dar en ese momento?

P: *No señorita, creo que siempre logré salir adelante*

T: ¿Crees que avergüenzas a tu familia por salir adelante de la única manera que pudiste en ese momento?

P: *No, para nada*

Posteriormente se comenzó a buscar validez de los pensamientos que la paciente había registrado en su cuaderno de trabajo, asimismo se felicitó por su compromiso en la terapia y se procedió con los objetivos.

T: ¿En algunos momentos se te ha hecho difícil identificar tus pensamientos?

P: *Sí, a veces creo estar triste por muchos motivos, por ejemplo, mi hija mayor no me responde el celular, el comportamiento de mi hijo más pequeño, o mi hermana no puede acompañarme algún lugar y por último los problemas con mi esposo*

T: De acuerdo, ¿te parece si escribimos estas 4 situaciones que me comentas?

P: *Ya señorita*

T: ¿Cuál de estas situaciones te causa más malestar?

P: *No sé, todas*

T: Supongamos que podemos eliminar una, en la que tu hija mayor te responde el celular ¿cuánto malestar sentirías?

P: *Mmmm creo que puede disminuir, pero muy poco*

T: Esta bien, ahora supongamos que tu hijo se porta bien ¿cómo te sentirías ahora?

P: *Creo que mejor*

T: Correcto, supongamos que tu hermana puede acompañarte ¿cómo te sentirías?

P: *Creo que disminuiría, pero igual continuaría mi malestar*

T: Entiendo, ¿Qué problemas tienes con tu esposo?

P: *A veces llega tarde y no conversa conmigo*

T: Ya veo, supongamos que tu esposo llega a casa y conversa contigo ¿cómo te sentirías?

P: *Muchísimo mejor señorita*

T: Ah, entonces lo que más te causa malestar son las dificultades con tu esposo. Vamos a revisar cómo llegamos a la conclusión de varios posibles motivos de tu malestar a uno principal, para que lo puedas utilizar en un futuro

P: *Entiendo señorita, bueno primero me pidió que mencionara los motivos que me causaban malestar y los escribimos en orden; luego supusimos que se solucionaron una por una y descubrimos cuál de las soluciones me proporcionaba más alivio*

T: Muy bien, has podido identificar qué situación es la que ha generado mayor dificultad, luego vamos a preguntarnos ¿qué pensé en ese momento? y vamos hallar el pensamiento automático

P: *Ah entiendo señorita, creo que así va hacer más fácil*

T: Me alegra que haya quedado claro, entonces la tarea para la próxima semana será que tienes que hacer el ejercicio practicado en sesión, a eso sumaremos algo de la lista que es salir a correr

P: *Esta bien señorita, justo mi hermana me había dicho para retomar esa actividad*

T: Correcto, te felicito nuevamente por el esfuerzo y el cumplimiento de cada actividad. Cuídate

Conclusiones: Se lograron los objetivos.

OCTAVA SESIÓN (09/12/19)

I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar la sesión anterior.
- Explicar los tipos de distorsiones cognitivas y la influencia de estos.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Reestructuración cognitiva

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

T: Hola Magdalena, ¿cómo has estado?

P: *Bastante mejor señorita, estuve saliendo a correr con mi hermana y recordé que es algo que me satisface*

T: Me alegra que lo confirmarás, siempre es bueno engréirnos a través de acciones

P: *Sí, además mi hija también lo ha notado, me ha dicho que me veo más animada*

Se realizó la retroalimentación de la sesión anterior y se brindó sugerencias pertinentes, asimismo, se reestructuró algunos pensamientos en el proceso. Luego se retomó los objetivos de la sesión.

T: Empezaremos con el tema de hoy llamado distorsiones cognitivas, ¿te acuerdas que lo conversamos un poquito en las primeras sesiones?

P: *(risas) No tanto para ser sincera*

T: No te preocupes, las distorsiones cognitivas eran una serie de errores en el procesamiento de la información, que se da al momento de percibir información externa, provocando que nuestras creencias continúen

P: *Antes que prosiga quería comentar que hablé con mi hija, le enseñé cómo nuestro pensamiento influye en nuestras conductas, ella me decía que también le sucedía, en resumen, fue una agradable conversación porque sentí que pude ayudarla un poquito*

T: Muy bien, la idea es que lo generalices a todos los ámbitos de tu vida, logres identificar y ayudar a entender a otros como funciona.

Se explicó la definición de cada uno de los tipos de distorsiones y se procedió a brindar los ejemplos. Se brindó material visual.

T: Como hemos visto las distorsiones cognitivas, procederemos analizar cada una de ellas con su respectivo ejemplo

T: El primero es “no consigo trabajo, porque soy un fracaso”, ¿a cuál crees que pertenezca?

P: *Mmmm podría ser inferencia arbitraria, porque está concluyendo que no tiene trabajo debido a que es un fracaso y eso no es sustentable*

T: Muy bien Magdalena, el segundo “Jessica va a una fiesta, baila, conversa, come y se divierte, pero justo cuando estaba de salida un compañero derrama chicha sobre su vestido. Al día siguiente le preguntan cómo estuvo la fiesta, ella responde que fue la peor noche porque derramaron chicha sobre ella” ¿cuál crees que sea?

P: *¿Personalización?*

T: Recuerda que la personalización es cuando nos sentimos responsables de los hechos de alrededor, ¿crees que ella pensó que es responsable que su compañero tirara chicha sobre ella?

P: *No (risas), es abstracción selectiva, porque de toda la fiesta sólo se quedó con lo malo, que fue la chicha derramada en su vestido*

T: Correcto, si digo “soy una mala madre” a que distorsión me estoy refiriendo

P: *Ese es parecido al ejemplo que dio cuando explicó las etiquetas*

T: Excelente, y de qué manera comprobarías que es una distorsión

P: *Buscando argumentos; por ejemplo, recordando que cada vez que he tenido dificultades he logrado solucionarlas, otra es cuando me preocupo por mis hijos, los atiendo y trato de corregirlo*

T: Ajá, entonces primero tenemos que reconocer si estamos presentando una distorsión o no, ojo no todas están presentes, sin embargo, es bueno conocerlas y sobre todo ver la influencia que puede tener en nuestra forma de sentir y actuar

P: *Entiendo señorita, con los ejemplos se entendió mejor*

T: Para terminar te explicaré la distorsión de comparación que es la inclinación a compararse, concluyendo que es inferior a los demás, por ejemplo, “aunque me esfuerzo, no consigo ser tan agradable como mi cuñada”

P: *Suele pasarme, por ejemplo, a veces pienso que por más que trate de ser una mejor mamá, mi tía es mejor madre que yo*

T: ¿Y eso es cierto?

P: *Creo que a ninguna nos enseñan a ser madres, porque cada una trata de hacer lo mejor que puede*

T: Es totalmente cierto Magdalena. Por último, te explicaré que son las afirmaciones con debería, es cuando la persona tiene expectativas internas sobre la capacidad de sí misma como la de los demás, sin distinguir si son acordes al contexto en el que está pasando, por ejemplo, “debería hacer todo perfecto” y no toma en cuenta los factores intermedios

P: *A veces soy exigente conmigo misma*

Para finalizar, se aclaró dudas y presentó otros ejemplos para consolidar la información, a su vez, se asignó una tarea de autorregistros de las distorsiones presentadas en sesión.

Conclusiones: Se lograron los objetivos.

NOVENA SESIÓN (16/12/19)**I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN**

- Retroalimentar la sesión anterior.
- Identificar qué tipos de distorsiones cognitivas predominan en el paciente.
- Entrenar, enseñar y resaltar la respiración en el control de las emociones.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Reestructuración cognitiva
- Diálogo expositivo

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

T: Hola Magdalena, cuéntame ¿cómo has estado?

P: *Bien señorita y usted, ¿cómo ha estado?*

T: Muy bien, gracias por preguntar. Te veo animada, ha pasado algo durante la semana que te tiene así

P: *Sí señorita, ayer fui al cine con mi esposo e hijos, me divertí*

T: O sea compartiste un momento grato con tu familia

P: *Así es, justo mi esposo me dijo que me veía curada, preguntándome si iba a seguir asistiendo a psicología*

T: ¿Y qué respondiste?

P: *Le dije que me mejor, pero iba a esperar que usted me diga cómo vamos o cuando debemos terminar*

T: Entiendo, recuerda que dentro de esta intervención tenemos objetivos, si bien es cierto hemos cumplido la mayoría, aún falta algunas estrategias que desarrollar para mejorar nuestras respuestas de afrontamiento ante diferentes situaciones.

Ahora yo te recomendaría continuar, porque aún estamos en un proceso de cambio, de mejora, pero tampoco puedo obligarte si tú no lo deseas

Inferencia arbitraria	<ul style="list-style-type: none"> - Mi esposo no me quiere, porque soy ama de casa - Mi hija no me llama, porque soy tonta
Comparación	<ul style="list-style-type: none"> - Por más que le dedique horas a la costura, mi vecina lo hace mejor que yo - A pesar que me esfuerzo por animar a mi esposo, no logró hacerlo tan bien como mi cuñada
Afirmaciones con debería	<ul style="list-style-type: none"> - Debería poder controlar a mi hijo - Debería ser la mejor esposa
Generalización	<ul style="list-style-type: none"> - A todas las vecinas les caigo mal - Me salió mal un punto, nunca podré coser bien
Minimización	<ul style="list-style-type: none"> - Me trajo sólo un chocolate, pudo traerme rosas también
Maximización	<ul style="list-style-type: none"> - No le ha gustado mi comida, seguro se va aburrir de mí
Personalización	<ul style="list-style-type: none"> - Vi a mi suegra hablando con mi cuñada y creí que estaban hablando mal de mí - Pasé por el puesto de una vecina y se rió, pensé que era de mí
Etiquetado	<ul style="list-style-type: none"> - Soy una mala madre - Soy débil

Descalificación de lo positivo	<ul style="list-style-type: none"> - Me salió rica la lonchera de mi hijo de pura casualidad - Ayudé a terminar el trabajo de mi hija, pero yo casi no hice nada
--------------------------------	--

P: *No señorita, yo sí quiero continuar hasta el final, como le había comentado en otras ocasiones he dejado la terapia a medias porque me sentía mejor y volví a recaer*

T: Me alegra tanto oír eso Magdalena, ahora continuemos, ¿lograste identificar alguna distorsión

P: *Sí señorita, le muestro*

T: Muy bien Magdalena, estoy sorprendida, has logrado identificar muy bien que tipos de distorsiones tuviste durante la semana

P: *Sí señorita, me sorprendí también porque son varias*

T: ¿Cómo lo hiciste?, cuéntame

P: *Primero sólo apunté mis pensamientos, luego saqué las fichas que me dio y fui clasificando*

T: Justo a ese punto quería llegar, si bien es cierto hemos visto varios tipos de distorsiones existentes, pero con este hallazgo, ¿cuáles crees que son predominantes en ti?

P: *Bueno señorita, creo que principalmente lo que predomina en mí es:*

- *Inferencia arbitraria, Personalización*
- *Comparación, Descalificación de lo positivo*
- *Etiquetado, Generalización*

T: Correcto. ¿Cuál es la influencia de las distorsiones cognitivas en nuestra vida?

P: La influencia es que procesamos mal la información causándonos molestia, tristeza, cólera y nos quita las ganas de hacer nuestras actividades

T: Exacto, por eso es importante reconocer en qué momentos podemos tener distorsiones, y saber resolverlas buscando evidencias; cuéntame otra situación

P: Tuve inferencia arbitraria, saqué conclusiones apresuradas, incluso considero que ha afectado mi relación porque yo asumía algo y me enojaba o me ponía triste, cuando él ni sabía porque yo actuaba así

T: Perfecto, cómo bien te has dado cuenta concluimos hechos sin evidencia, incrementando las cogniciones desadaptativas, provocando malestar

P: Tiene razón

T: La tarea es continuar haciendo un registro de nuestras distorsiones, pero sólo de las que más predominan en ti, ¿tienes alguna consulta?

P: No señorita, todo esta claro. Gracias

Conclusiones: Se lograron los objetivos parcialmente, dado que, el tiempo de sesión sólo permitió puntualizar en la identificación de las distorsiones cognitivas del paciente, dejando el otro objetivo para la siguiente sesión.

DÉCIMA SESIÓN (23/12/19)

I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar la sesión anterior.
- Enseñar, entrenar y explicar la importancia de la respiración diafragmática en el control emocional.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Diálogo Expositivo
- Respiración diafragmática
- Reestructuración cognitiva
- Modelado
- Ensayo conductual

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

T: Buenas tardes Magdalena

P: *Buenas tardes señorita, ¿cómo ha estado?*

T: Muy bien gracias ¿y tú?

P: *Bien señorita, he retomado la mayoría de mis actividades, incluso en momentos libres he ido al mercado ayudar con las ventas de los abarrotes*

T: Excelente, cuéntame ¿siguen los dolores de cabeza?

P: *La verdad no señorita, como me he ido recuperando, eso fue desapareciendo, ya no siento esa angustia como antes*

T: Entiendo, continuando con nuestros objetivos, el día de hoy vamos aprender la importancia de la respiración en el control de nuestras emociones. ¿Alguna vez has escuchado de la respiración diafragmática o sabes de qué puede tratar?

P: *Mmmm sólo me imagino algo con respirar (risas)*

T: Esta bien, estas muy cerca, si bien es cierto nosotros respiramos todos los días, pero no siempre le damos el valor correspondiente. Por eso es necesario recordar que nuestro cuerpo irriga oxígeno, por eso darnos un momento a respirar de manera profunda permitirá que el oxígeno llegue hasta nuestro cerebro, provocando que algunas funciones respondan en oposición a la emoción que sentimos, por ejemplo, si tengo ansiedad, la respiración causará la disminución de éste

P: *Que interesante señorita, ¿cómo se hace eso?*

T: Te explico cómo, cabe resaltar que, muchas veces este ejercicio se practica de forma equivocada, por eso algunos consideran que la técnica no funciona. La respiración diafragmática se hace desde el abdomen, por eso nos imaginaremos un globo, ¿qué pasa si soplamos un globo?

P: *El globo se infla*

T: Y ¿Qué pasa cuando el globo suelta su aire?

P: *Se desinfla*

T: Exacto, ahora vas a ver cómo inhalo aire sin levantar los hombros, mi abdomen se va a inflar como un globo también se va a poner duro, ojo que tiene que ser hasta donde se pueda, no debemos exagerar en querer inflar nuestro abdomen, una vez realizado esto, aguantaré la respiración de 8 a 10 segundos, para después botar el aire lo más lento posible ¿se comprendió?

P: *Sí señorita*

T: Antes de que lo practiques, lo haré de nuevo y sólo vas a observar

T: Listo, antes que empieces a practicarlo voy a medir tus pulsaciones para conocer si tu ritmo cardíaco esta acelerado, y así comprobar si la técnica funciona.

Primero vas a colocar una mano con la palma arriba, luego con las yemas de los dedos índice y medio, vamos a presionar suavemente sobre la arteria radial que es esta, una vez que hagas eso sentirás tu pulso. Cuenta tus pulsaciones por 30 segundos

P: *Ya conté, tengo 42 pulsaciones*

T: Muy bien, lo voy a multiplicar por 2, tienes 84 pulsaciones por minuto. Siéntate cómodamente, la espalda va a estar pegada a la silla y las piernas rectas, luego vas a poner tus manos sobre la parte de tu abdomen, si deseas y te sientes más cómoda puedes cerrar los ojos

P: *Esta bien señorita, ¿así esta bien?*

T: Sí esta bien, ahora a la cuenta de tres lo vas hacer, 3; 2; 1 empieza

Se verificó que la técnica funcionó, disminuyendo el ritmo cardíaco.

P: *Me siento relajada, tranquila, como si mi cuerpo estuviera en calma y la verdad que me dio una sensación de sueño (risas)*

T: Es una técnica útil en momentos que nos sintamos ansiosas e incluso puede ayudarte a relajarte antes de dormir

P: *Sí señorita, la verdad que me siento relajada, no le tenía tanta fe a este ejercicio, pero como usted dijo, a veces lo practicamos mal por eso no vemos efectos*

Se proporcionó material visual para recalcar la importancia y ventajas de la técnica.

T: La tarea es practicar todos los días antes de dormir y cuando creas que es necesario, para esto sólo apuntarás en 3 ocasiones tus pulsos al inicio y final

P: *Esta bien, por ejemplo, sólo apunto el lunes, miércoles y viernes*

T: Así es Magdalena. Cuídate y saludos a tu familia

Conclusiones: Se lograron los objetivos.

ONCEAVA SESIÓN (28/12/19)**I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN**

- Retroalimentar la sesión anterior.
- Explicar en qué consiste la identificación, cuestionamiento y modificación de los pensamientos desadaptativos de la paciente.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Retribución cognitiva
- Reestructuración cognitiva
- Diálogo expositivo

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

T: Hola Magdalena, lista para iniciar una vez más la sesión

P: *Sí señorita, estoy lista*

T: Primero cuéntame, ¿has practicado la respiración antes de dormir y en las situaciones que considerabas ansiosas?

P: *Sí señorita, me ayudó a descansar, inclusive le enseñé a mi hermana, ella también para estresada*

T: Correcto, ¿lo has practicado en otras ocasiones?

P: *Sí señorita, mi hijo me hizo un berrinche porque no quiso tomar la leche, me enojé y fui a la cocina, respiré 3 veces continuas, terminé y le dije que si no tomaba su leche no iba a probar el churrito que le compré, se puso a llorar más, seguí haciendo mis cosas, no le hice caso y sin darme cuenta se calmó sólo y tomó la leche*

T: ¿Y crees que respirar te ayudo en algo?

P: *Sí, porque otras veces suelo perder la paciencia, pero esta vez no le grite ni lo traté mal, como usted dijo, pude controlar mi emoción de enojo en ese momento*

Presenta el registro de la semana y se felicita por el cumplimiento de la tarea asignada, luego se desarrolló el objetivo de la sesión.

REGISTRO	INICIO	FINAL
MARTES	85	77
JUEVES	83	75
SÁBADO	79	67

T: Continuaremos con el objetivo de hoy, vamos a identificar, cuestionar y modificar nuestros pensamientos desadaptativos, ¿por qué crees que la damos tanta importancia a los pensamientos?

P: *Bueno señorita, es porque provoca o mantiene mi tristeza, como hemos visto anteriormente a veces mis interpretaciones negativas o esas distorsiones, no me permitían ver de manera objetiva y sólo me causaba dolor*

T: Muy bien, coméntame una situación en la que te hayas culpado

P: *Cuando me mudé con mi esposo, sentí que cometí un error al dejar a mi hija*

T: Más o menos recuerdas los motivos del porqué tu hija se quedó ahí

P: *Sí, uno de ellos era porque estaba más cerca de su centro de estudios, también porque trabajaba y si se venía a vivir conmigo se iba a quedar sola en casa, además se lleva muy bien con mi tía e iba a verla casi todos los días, la llamaba y me preocupaba por ella, pero creo que no debí dejarla*

T: ¿Qué es dejar?

P: *Despreocuparte, dejarla a su suerte, abandonar*

T: ¿Eso es lo que tú has hecho con tu hija?

P: *No, no*

T: Entonces por qué dices que la dejaste, ¿era mejor que ella se mude contigo en ese momento?

P: *La verdad que no señorita, en ese tiempo trabajaba, por lo que ella pasaba tiempo con mi tía, por eso cuando mi esposo dijo para mudarnos, mi tía habló conmigo y me dijo que era mejor que mi hija se quede, además porque ese lugar era más céntrico, luego de eso, conversé con mi hija, llegamos a un acuerdo y me comprometí a visitarla siempre*

T: ¿Fue tu culpa dejarla?, ¿realmente la dejaste?

P: *Nunca la he dejado, a veces la llevaba a dormir conmigo o sino la llamaba, siempre he estado pendiente*

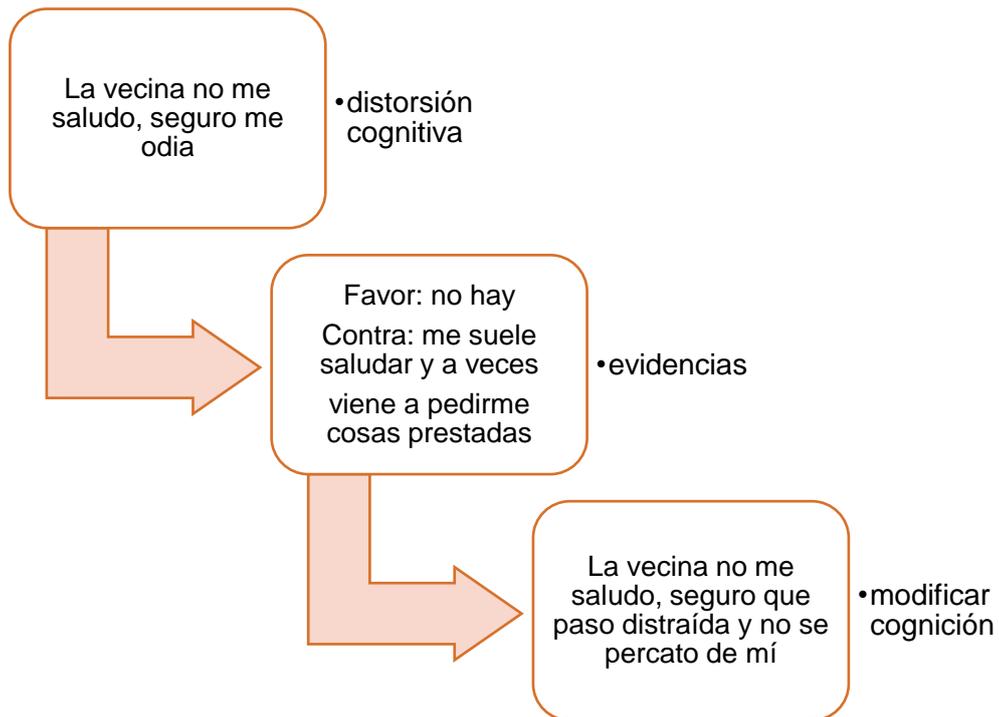
T: A veces pasamos por circunstancias que nos llevan a tomar decisiones inmediatas, por tu parte evaluaste y consultaste con tu hija

P: *Sí, fue la mejor decisión en ese momento, porque le va bien en sus estudios, hablamos más que cuando vivíamos juntas y trato de apoyarla constantemente*

T: Muy bien Magdalena, esa circunstancia fue algo que estaba fuera de ti, que no podías controlar y se tuvo que tomar la decisión más idónea para ambas. Acto seguido, vamos a identificar algunas distorsiones, buscaremos evidencia a favor y en contra para resolverlo

T: Cómo sabes qué distorsiones se presentan en ti, vamos a reemplazarlos por pensamientos más adaptativos, de acuerdo a nuestra evaluación

P: *Puede ser la de mi vecina que no me saluda*



Se repitió el ejercicio hasta comprobar que la paciente había comprendido la actividad, asimismo, se incitó la práctica con sus experiencias propias.

Conclusiones: Se lograron los objetivos.

DOCEAVA SESIÓN (06/01/20)**I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN**

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Explicar, entrenar y reconocer la importancia de los estilos de comunicación en el desarrollo de nuestras habilidades sociales.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Reestructuración cognitiva
- Role playing

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

T: Hola Magdalena, ¿cómo has estado?

P: *Hola señorita, bien, disculpe la tardanza es que mi hermana había salido y no tenía con quién dejar a mi hijo*

T: No te preocupes Magdalena yo sé lo puntual que eres, a veces hay cosas que no podemos controlar y suceden, cómo esta

P: *Gracias por su comprensión señorita*

T: Hoy tocaremos un tema de tu interés, vamos a aprender ciertas estrategias de comunicación para que se te sea más fácil interactuar con otros y hacer nuevos amigos, ¿más o menos sabes que son las habilidades sociales?

P: *Poder relacionarnos con los demás*

T: Sí, las habilidades sociales son innato en cada ser humano, es decir, todos tenemos comportamiento social y las consecuencias e interpretación va a depender de la sociedad donde viva

P: *O sea que hay cosas que puedo hacer que aquí está mal, pero en otros lugares no*

T: Por ejemplo, en Egipto los hombres pueden tener seis esposas, pero en Perú eso no está bien visto porque somos una sociedad más conservadora

P: *En serio, eso no sabía*

T: Ajá, pero hoy nos centraremos en algo que se llama estilo de comunicación

P: *¿Hay varios estilos?*

T: Así es, primero vamos a conocer las definiciones de ellos y veremos algunos ejemplos, ya sabes que si tienes alguna duda me puedes hacer la consulta

P: *Sí señorita no se preocupe*

T: Primero los estilos de comunicación son la manera en la que intercambiamos información, así como también, nos relacionamos con otros; hay tres estilos de comunicación: agresivo, pasivo y asertivo, cabe resaltar que, utilizamos diferentes estilos dependiendo de la situación y en cada persona predomina uno más que otro

P: *Ah entiendo, yo pensé que era el verbal y no verbal (risas)*

T: Eso tienen que ver, porque nuestros gestos también van hacer parte activa de la conversación

P: *Ah entiendo señorita*

Estilo de comunicación	Descripción
Pasivo	<p data-bbox="635 286 1394 421">Significa que no respetas tu propio derecho a expresar tus ideas, necesidades, deseos, sentimientos y opiniones, que prefieres no decir nada para evitar conflictos, porque:</p> <ul data-bbox="730 443 1394 734" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="730 443 1294 481">• Tienes miedo de las consecuencias <li data-bbox="730 495 1302 533">• No cree en tus derechos personales <li data-bbox="730 546 1334 584">• No sabes cómo expresar tus derechos <li data-bbox="730 598 1394 680">• Crees que los derechos de los demás son más importantes que los suyos <li data-bbox="730 694 1230 734">• Tiene inseguridad en sí mismo <p data-bbox="635 770 1254 808">Muestran una expresión abatida y preocupada.</p> <p data-bbox="635 844 1374 882">Evitan mantener el contacto visual, desviando la mirada.</p> <p data-bbox="635 918 1334 956">Suelen tener un tono de voz bajo y utilizan muletillas.</p> <p data-bbox="635 992 1394 1122">Ejemplo: si tu compañero se coge tu cuaderno para copiarse la tarea, a ti te da cólera, pero te quedas callado y no le dices nada.</p>
Agresivo	<p data-bbox="635 1137 1394 1375">Sacrificamos la relación o la autoestima de otros con tal de salvaguardar nuestra propia autoestima. La persona que se comunica de una forma agresiva dice lo que piensa, siente, y opina sin respetar a los otros, intentando conseguir lo que quiere al precio que sea.</p> <ul data-bbox="730 1397 1139 1532" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="730 1397 1139 1435">• Amenaza o intimidación <li data-bbox="730 1449 959 1487">• Sarcasmo <li data-bbox="730 1500 1139 1532">• Violencia verbal o física <p data-bbox="635 1576 1394 1659">Utilizan un tono de voz, gestos y expresiones verbales imponentes.</p> <p data-bbox="635 1673 1102 1711">Suelen hablar rápido y fluidamente.</p> <p data-bbox="635 1724 1394 1807">Su mirada es fija e intimidante, no suelen respetar la distancia personal.</p> <p data-bbox="635 1821 1394 1908">Ejemplo: Si tu hermana usó tu celular, le insultas o le pegas por esa acción.</p>

Asertivo

Consiste en autoafirmar tus propios derechos, sin dejarse manipular ni manipular a los demás. Una persona asertiva evitará el conflicto, aunque otros lo busquen, y aun así defenderá y posiblemente hará prevalecer su punto de vista sobre el asunto que se está tratando.

Capacidad para expresar los puntos de vista y las opiniones de una forma clara y directa, pero sin mantener una actitud hostil ni agresiva contra el otro.

Es hacer respetar nuestros derechos con firmeza considerando el contexto social.

- Contacto ocular relajado y atento
- Volumen de voz conversacional
- Gestos y expresiones verbales firmes, directas, honestas y abiertas
- Habla fluida, sin vacilaciones o muletillas.
- Mensajes claros y directos, en primera persona: “pienso”, “siento”, “quiero”, etc.
- Postura erguida y gestos firmes

Ejemplo: si tu amigo se cogió tu cuaderno sin tu permiso, le dices: “me fastidia que cojas mis cosas sin mi permiso, espero que no lo vuelvas a hacer”.

T: Te voy a mostrar unas imágenes y me vas a decir qué estilos estamos viendo, ¿te parece?

P: *Sí señorita*

T: ¿cuál estilo está predominando en esta imagen?

P: *El pasivo, porque la chica esta callada, no dice lo que piensa y su mirada está dirigida hacia el piso*

T: Muy bien, ahora dime sobre esta imagen

P: *Es agresivo, porque se están gritando, están muy cerca no respetan su espacio y puede que se quieran agredir físicamente*

T: Correcto, ahora observa esta última imagen

P: *Es el asertivo, porque no se están gritando, se dan las manos después de conversar, es decir, han mantenido respeto en todo momento*

T: Muy bien, ahora puede que te identifiques con alguno ¿Con cuál crees?

P: *Me identifico con el pasivo y agresivo, ya que, no digo lo que pienso en algunas situaciones y otras digo las cosas sin pensar, sin tomar en cuenta los sentimientos de los demás*

T: Cuéntame una situación en la que hayas actuado de manera pasiva

P: *Cuando mi suegra me gritó delante de mi hijo por no tener el desayuno listo para mi esposo, sentí mucha cólera y quería decirle que no me puede gritar y menos delante de mi hijo, pero sólo me quede callada e hice lo que me dijo; recuerdo que me sentí frustrada*

T: Oh entiendo Magdalena, y es cierto ahí utilizaste un estilo de comunicación pasivo, ¿cómo crees que debiste haber actuado?

P: *De una manera asertiva, debí decirle lo que pienso y que me lástima que se dirija a mí de esa manera, manteniendo el respeto*

T: Excelente, cuéntame una situación que hayas utilizado el estilo de comunicación agresivo

P: *Con mi hermana, en una ocasión peleamos, le grité fuerte y dije cosas que la lastimaron, inclusive no le hablé por un par de días*

T: ¿Y cómo lo solucionaste?

P: *Mi hermana si fue asertiva, me dijo lo que le molesto, lloré y le pedí disculpas*

T: Correcto, la idea de conocer estos estilos, es aplicarlos y generalizarlos, por eso vamos a practicar una técnica que se llama role playing; en la que vamos a simular una situación

P: *Esta bien señorita*

T: Magdalena ayer no viniste a la reunión del comedor ¡eres una irresponsable!

P: *Hola vecina, si tuve un inconveniente personal muy fuerte que no permitió mi asistencia a la reunión, es por ello que estoy conversando contigo para explicarte lo que sucedió, y que no falte por irresponsable sino por cosas que no pude controlar*

T: ¿Qué estilo crees que utilice yo y cuál usaste tú?

P: *Creo fuiste agresiva porque levantaste la voz y frunciste el ceño; yo trate de ser asertiva, explicando lo que paso*

T: *De acuerdo, ¿qué aprendimos?*

P: *A tener en cuenta los sentimientos de los demás, sobre todo los míos, porque la forma en como hablamos puede tener gran impacto*

T: Perfecto, debes practicar este estilo en casa y con las personas que estén cerca de ti, para que confirmes el beneficio de este estilo de comunicación

Conclusiones: Se lograron los objetivos.

TRECEAVA SESIÓN (13/01/20)

I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar la sesión anterior.
- Fortalecer y reconocer la importancia de la autoestima para incrementar sus habilidades sociales.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Reestructuración cognitiva
- Psicoeducación
- Escucha activa
- Habilidades Sociales

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

T: Buenas tardes Magdalena, ¿cómo has estado?

P: *Bien señorita, me pasó una situación que me puso triste, pero logré resolverlo, analicé el problema y me di cuenta que tenía derecho a sentirme así, ya que, mi tío falleció, no siempre la tristeza es mala, es necesario expresar nuestro sentir*

T: Es correcto lo que dices, la tristeza como la alegría es parte de nuestra vida y una pérdida como la que has tenido obviamente duele, porque es difícil aceptar no ver a esa persona físicamente, pero su esencia y recuerdos quedan en ti

P: *Si señorita, incluso consolé a mi hermana, me sentí triste, pero también aliviada, pues él estaba enfermo*

Se brindó soporte emocional ante pérdida de su familiar para luego continuar con los objetivos de la sesión.

T: ¿Qué estilo de comunicación estuvo presente durante esta semana?

P: *El estilo pasivo, pero cuando todo se me va acumulando exploto y utilizo un estilo agresivo. Sin embargo, traté de practicar el estilo asertivo con mi esposo*

T: ¿Y cómo lo hiciste?

P: *Fue antes de acostarnos a dormir, le dije que me incomodaba que no me avisará que llegaría tarde, él me dijo que suelo ser mal pensada, le respondí que ese no era el motivo, que realmente me preocupaba y me incomodaba que no tuviera una comunicación más activa conmigo, se mostró incómodo, pero luego me explicó la causa de su tardanza y me dijo que iba a tratar de decir más las cosas*

T: Ya veo, ¿y cómo crees que resultó?

P: *Creo que no fue tan malo como pensé, si se incomodó, pero logramos hablarlo y solucionarlo, realmente decir las cosas puede ser muy bueno en nuestra relación*

T: Exacto, pero recuerda que la forma cómo lo decimos también influye. Ahora ¿lista para iniciar el tema de hoy? ¿Qué sabes de la autoestima?

P: *Es amarnos y respetarnos*

Se explicó la definición de la autoestima haciendo uso del material visual para un mejor impacto en el aprendizaje.

T: Cómo hemos visto la autoestima es crucial, por eso lo que pensamos que los demás ven, determina el grado de autoestima que podamos tener. No obstante, hay algo que más importante que determina nuestra autoestima, es nuestra infancia; el refuerzo que hayamos recibido, ya sea, positivo o negativo es fundamental para nuestra seguridad emocional en el futuro

P: *En mi infancia, mi mamá solía maltratarme y mi papá era ausente, la que siempre me cuidaba y me daba amor era mi abuelita*

T: Es muy posible que eso haya impactado en el concepto y valoración que tengas de ti misma

P: *Mi abuelita me decía yo era bonita y fuerte*

T: ¿Crees que hubieras pensado así antes?

P: *No señorita, pensaba que era inútil y no lo suficientemente fuerte*

T: ¿Qué crees que te ha permitido pensar así?

P: *Pensar de manera más real, tengo evidencia que si puedo y que valgo*

T: Exacto, para fortalecer esto quiero explicarte acerca de las bases de la autoestima

P: *Las personas que están a mi alrededor influyen en mí, ya sea con una palabra bonita o fea*

T: Así es, ¿dime qué piensas de ti?

P: *Pienso que soy una mamá responsable, que me amo y amo a mis hijos, que tengo cosas por mejorar en mi vida y que podré hacerlo, quizás me cuesten, pero para eso debo intentarlo*

T: Te voy a explicar los tipos de autoestima de la autoestima

T: Cuál crees que sea la más idónea

P: *La autoestima alta, sin exagerar; debemos respetarnos y amarnos, saber qué cosas debemos aceptar de otras personas y qué no*

T: Correcto, ahora quiero que cierres los ojos y me digas quién o quiénes son las personas por la que tú darías tu vida

P: *Mis hijos y mi familia*

T: Quiero que extiendas tus manos, te voy a entregar una cajita y la respuesta va a estar allí, quizás sea la respuesta correcta o quizás te sorprendas. A la cuenta de tres vas abrir tus ojos, 1; 2 y 3

P: *Que bonita cajita, ¿la abro?*

T: Sí

Dentro de la caja hay un espejo, en la que se reflejará el rostro de la paciente, cuya finalidad, es darse cuenta que para brindar amor, respeto y soporte a otros, debe brindárselo primero a ella misma.

P: *(risas) soy yo*

T: ¿Por qué crees que estás tú?

P: *Porque debo dar todo por mí misma*

T: Estas en lo cierto, para brindar amor y cuidado a otros, debes practicarlo en ti, teniendo una mejor versión para proyectarlo y compartirlo con los demás

P: *Gracias señorita, suelo priorizar tanto a mis seres queridos que me olvido de mí*

T: Quizás en tu infancia no tuviste ese soporte que te hubiera gustado, sin embargo, a pesar de crecer en ese ambiente fuiste capaz de dar amor, seguridad e incondicionalidad a tus hijos, no todos son capaces de hacer las como tú

P: *(lágrimas) gracias señorita*

Conclusiones: Se lograron los objetivos.

CATORCEAVA SESIÓN (20/01/20)**I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN**

- Retroalimentar la sesión anterior.
- Enseñar y entrenar a la paciente en solución de problemas para prevenir posibles eventos futuros que pudieran ocasionar una recaída.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Descubrimiento guiado
- Resolución de problemas

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

T: Buenas tardes Magdalena, ¿cómo estuvo tu semana?

P: *Hola señorita, le cuento que esta semana estuve pensando qué cosas hago por mí*

T: ¿Y qué hiciste descubriste?

P: *Que no me engrío lo suficiente por eso le dije a mi esposo que me gustaría tener un tiempo para mí, luego conversé con mi hija, ella me dio la opción de salir un domingo al cine acompañadas de mi hermana, en ese momento me sentí un poquito mal de no llevar a mi hijo, pero al transcurrir el tiempo y divertirme se me paso*

T: Y con ese análisis, ¿qué descubriste?

P: *Que me gusta pasar tiempo de chicas (risas)*

T: Me alegra que reconozcas que también necesitas, atención, amor y recompensas para ti. Cambiando de tema, hoy hablaremos de solución de problemas, no sé si en alguna oportunidad ha sido difícil identificar un problema y encontrarle una solución, al punto de perder oportunidades por no decidirnos a tiempo

P: *Sí señorita, me sucede mucho por eso siempre trato de pedir ayuda*

T: Primero aprenderemos ¿qué es un problema?; un problema es como una situación real o imaginaria a la que debemos dar una solución, la cual desconocemos en este momento, recuerda que los problemas son normales y ocurren siempre; cuando no tenemos la solución, nos genera estrés y otros estados emocionales; o caso contrario, si actuamos sin tener la solución adecuada, tenemos resultados que no deseamos

P: *Cuando no puedo resolver algo me frustró y me pongo triste*

T: Por ello, se te enseña esta técnica, la cual permitirá que desarrolles habilidades para enfrentar problemas futuros. Para esto es necesario conocer una serie de pasos, que nos facilitará esta práctica

T: Iniciaremos explicando el primer punto que es “orientación hacia el problema”, para esto es necesario que reconozcamos que los problemas son parte de la vida, hay algunas más fácil de resolver a diferencia de otras, por eso la mayoría de nosotros buscamos soluciones acertadas. Para realizar esta práctica, coméntame un problema habitual

P: *Un problema puede ser cuando discutí con mi hermana, una vez corrigió a mi hijo de una forma que no me gustó, me enojé y la desautoricé delante de mi pequeño*

T: ¿Cómo te diste cuenta que había sido un problema?

P: *Cuando no me hablaba y me respondía cortante*

T: ¿Qué pensaste?

P: *Que no debí hablarle mal, debí decirle que no me gustó la forma en cómo lo hizo*

T: Entiendo, ahora que has identificado que es un problema, pasaremos a “definir y formular el problema”; vamos a recolectar la información y preguntarnos, quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo del problema, por ejemplo, ¿quién está involucrado?, ¿cuándo sucede o está sucediendo el problema?, ¿por qué sucede?, ¿cuál es la circunstancia en que se está dando el problema?

P: *Parece difícil, le parece si apunto esas preguntas*

T: Si claro, pero responde las preguntas

P: *Estamos involucrados mi hermana, mi hijo y yo*

T: ¿Cuál fue la consecuencia del problema?

P: *Que me dejara de hablar por unos días*

T: Entiendo, el siguiente punto es “Generación de soluciones alternativas”, pensemos todas las posibles soluciones

P: *La primera es escribirle una carta diciéndole qué me incomodó, otra podría ser que vaya a buscarla, me disculpe por la forma en cómo le hable y tratar de solucionar las cosas, por último, podría invitarla a comer y hacer chistes para que vuelva todo a la normalidad*

T: Cómo ya tenemos varias alternativas, vamos analizar cada uno de ellos

P: *Está bien señorita*

T: Vamos a ver la primera alternativa, escribirle una carta, ¿qué obtendrías con ello?

P: *Que se enoje menos, pero seguiría incómoda, es que no me explicó bien cuando escribo, lo dije porque fue lo primero que se me ocurrió*

T: Está bien, no te preocupes; ahora veamos la segunda, que era ir a buscarla a su casa, ¿qué ganarías con ello?

P: *Ir a buscarla y pedir disculpas por la forma cómo le hable usando una comunicación asertiva, ganaría que nos disculpemos y estemos bien*

T: ¿Qué ganarías con la tercera alternativa?

P: *La tercera era invitarla a comer y hacer una conversación de manera normal para que se le olvide el enojo; sin embargo, analizando bien ahorita creo que no sirve mucho, porque solo acumularía problemas y cuando pase algo parecido podríamos explotar*

T: Ahora que juntas hemos analizado las alternativas pasaremos al siguiente paso que es “toma de decisiones”, para esto nos haremos una serie de preguntas, con esta solución ¿puede cambiar la situación problemática?, ¿qué efecto tendré a corto y largo plazo?

P: *La segunda opción es idónea porque hablar y reconocer nuestros errores nos ayudará a tener una adecuada relación en el presente y futuro*

Para finalizar la sesión, se reforzó la importancia de la técnica recordando las ventajas de su aplicación.

Conclusiones: Se lograron los objetivos.

QUINCEAVA SESIÓN (27/01/20)

I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar la sesión anterior.
- Reforzar la técnica de solución de problemas ante posibles eventos estresantes para el paciente, para evitar recaídas.
- Aplicar las pruebas psicométricas como parte del post test.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Reestructuración cognitiva
- Diálogo expositivo
- Solución de problemas
- Descubrimiento guiado

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

T: Buenas tardes Magdalena, ¿cómo has estado?

P: *Bien señorita y ¿usted?*

T: Muy bien, gracias por preguntar

P: *Usted la vez pasada me comentó que hoy sería nuestra última sesión y comencé a cuestionarme si estaba lista, luego de pensarlo llegué a la conclusión que debo confiar más en mí y en las cosas que he ido aprendiendo*

T: Excelente, es momento que todas las estrategias aprendidas la pongamos en práctica dando lo mejor, cómo lo has hecho desde que nos conocemos

P: *Gracias señorita, usted me ha ayudado mucho*

T: ¿Estás lista para iniciar lo de hoy?

P: *Más que lista señorita*

T: Muéstrame el problema que tuviste durante la semana y qué solución encontraste

P: *Está bien, tuve un problema con la mamá de un compañero de mi hijo, pues su hijo piñizó a mi pequeño*

T: Muy bien cómo lo resolviste

P: *Bueno, primero me sentí un poco triste porque no sabía cómo defenderlo, las ideas de mala madre vinieron a mi cabeza, por eso, busqué pensamientos más adaptativos con su respectivo sustento, luego saqué mis fichas y busqué la manera de solucionarlo*

T: Muy bien, ¿cómo fue ese proceso?

P: *Primero determiné que era un problema, luego vi que los involucrados eran la profesora, la mamá, el niño, mi hijo y yo, sucedió en el aula de clases mientras hacían arte*

T: Y qué alternativas buscaste

P: *Primero pensé que podría escribir en su agenda, a veces la miss nos pide que coloquemos algo relevante allí así que lo vi como opción, luego pensé en ir hablar con la miss, decirle lo que sucedió para que tenga más cuidado con los niños, otra opción fue llamar a la mamá y comentarle lo sucedido, al final me di cuenta que éramos varios involucrados, así que era mejor hablar con la miss y la mamá a la salida del colegio*

T: ¿Analizaste cada uno de ellos?

P: *Sí, tanto las consecuencias positivas como negativas*

T: ¿Con cuál te quedaste?

P: *Con la opción de hablar con ambas, tratar de buscar una solución, exponiendo mi preocupación e incomodidad*

T: Y lograste comprobar la efectividad de la solución

P: *Sí, la señora estaba avergonzada, me pidió disculpas y me dijo que su hijo estaba yendo al psicólogo porque tenía TDAH, después la profesora me señaló que iba a tratar de estar más atenta, ya que, al ser varios niños era difícil*

T: Comprendo, me alegra que hayas comprobado que la solución que escogiste fue idónea para la situación

P: *Sí la verdad que es una de las técnicas que más utilizaré*

T: Bien, ahora para terminar te aplicaré las mismas pruebas que se te aplicó en un inicio; recuerda que debes contestar lo más honesta posible

Se aplica las pruebas: Inventario de depresión de Beck II (IDB - II) y el Cuestionario de -ansiedad Estado – Rasgo (STAI).

T: Magdalena, agradecerte primero por aceptar esta intervención con objetivo académico, así como también tu predisposición y compromiso con cada una de las actividades planteadas, espero que estas técnicas te ayuden a lo largo de tu vida

P: *Gracias señorita Antuanette, para mí ha sido un gusto, también he notado su compromiso al traerme material para comprender mejor, además su paciencia y la forma motivadora de hablarme me sirvió para continuar con este proceso*

T: Gracias por tus palabras Magdalena, recuerda que los pensamientos tienen una gran influencia y afecta nuestra forma de sentir y actuar

Se programó la primera sesión de seguimiento dentro de 15 días.

Conclusiones: Se lograron los objetivos.

PRIMERA SESIÓN DE SEGUIMIENTO (10/02/20)

I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar las sesiones anteriores.
- Anticipar y preparar frente a los posibles escenarios, afrontando y adaptando los cambios de conductas producidos en la intervención.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Diálogo expositivo
- Role playing

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

T: Hola Magdalena, ¿cómo has estado en estos 15 días?

P: *Bien señorita, parece que hubiera pasado más tiempo (risas)*

T: ¿Cómo te ha ido, has logrado poner en práctica las técnicas?

P: *Sí señorita, aunque ya no las escribo, sino trato de resolverlas en mi mente*

T: Siguen los sentimientos de tristeza

P: *No, la terapia y los medicamentos que recibí al inicio me han ayudado muchísimo*

T: Entiendo, hubo alguna situación que te puso un poco bajo de ánimo

P: *Sí, quedé con mi hija en salir a comprar unos útiles que mi hijo necesitaba, no llegó, me sentí triste, pensé que no quería ir de compras y me había mentido cuando me dijo que sí, luego trate de pensar bien las cosas, y me imaginé que de repente salió una situación que no pudo controlar, por eso la llame y pregunté si todo estaba bien, ella me comentó que estaba estudiando con sus amigas y se le había pasado la hora, me pidió disculpas y dijo que la esperara 15 minutos, visto que, su instituto queda cerca al punto de encuentro, acepté. Una vez escuchado*

eso, la esperé tranquila y cuando llegó le comenté que, si otro día llegase a pasar algo, me gustaría que me avise, también le pregunté si realmente quería acompañarme, confirmando que sí deseaba pasar tiempo conmigo y su hermano

T: Que buen análisis de la situación Magdalena, te felicito lo estas aplicando muy bien, ahora te parece si simulamos una situación en la que debas tomar una decisión, quizás un poco complicada

P: *Está bien, algo así como una hipótesis*

T: Exacto, imaginemos que tu hija quiere volver a vivir contigo y tu pareja te dice que va hacer algo incómodo que ella regrese, ¿vamos a simularlo te parece?

P: *Hay que situación (risas). Le diría algo así: amor mi hija ha conversado conmigo y me dice que ahora que conoce más la dinámica del instituto quiere venir a vivir con nosotros*

T: Magdalena va hacer raro, nosotros ya nos acostumbramos a vivir solos, porque ahora después de tiempo quiere venir

P: *Porque quiere pasar más tiempo conmigo y su hermano, yo siempre le deje las puertas abiertas*

T: No me parece

P: *Mira amor, ella es mi hija y yo la voy a recibir siempre, cuando nos conocimos te dije que mi prioridad siempre van hacer ellos, me pone un poco triste lo que me dices, si ella quiso o no en un inicio no tiene que ver ahora, ella es parte de nuestra familia y quiere reincorporarse. Te lo comentó primero a ti antes de tomar una decisión y decirlo porque ambos somos parte del hogar*

T: Está bien Magdalena, debo confesarte que me va a costar y va hacer un poco extraño, pero entiendo y acepto lo que me dices. Muy bien, ¿cómo resolviste esta situación?

P: *Utilicé una comunicación asertiva expresando lo que pienso y siento para que él pueda comprenderme mejor*

T: Recuerda que esta es una hipótesis, se pudo dar de diferente manera la situación

T: Cambiando de tema, en estos días has podido identificar alguna distorsión en tu forma de pensar

P: *Sí señorita, me atribuyo cosas, a veces mis vecinas hablan y me miran, entonces para comprobar le pregunté a una vecina si es que ellas comentaban cosas de mí, lo cual descubrí que sí, me puso triste luego trate de pensar que a todo el mundo no le puedo caer bien, pero también decidí no quedarme callada, busqué a una de ellas y le dije que me hacía sentir mal que hable mal de mí cuando yo no esté presente, sin embargo, ella lo negó, antes de irme le dije que no estaba bien lo que hacían*

T: ¿Con eso a qué conclusión llegaste?

P: *Que no todas las personas reconocen sus errores, pero eso no significa que no pueda expresar mi incomodidad sin ofender*

T: Exacto, me alegra que trates de ver las cosas tal y cómo son, y sobre todo que practiques todo lo que has aprendido en sesión

Se felicitó y reforzó algunas técnicas relacionadas al cuestionamiento, identificación y modificación de pensamientos.

Conclusiones: Se lograron los objetivos.

SEGUNDA SESIÓN DE SEGUIMIENTO (02/03/20)

T: Terapeuta

P: Paciente

H: Hermana de la paciente

I. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar las sesiones anteriores.
- Anticipar y preparar frente a los posibles escenarios, afrontando y adaptando los cambios de conductas producidos en la intervención.

II. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Diálogo expositivo

III. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

T: Hola Magdalena, ¿cómo has estado?

P: *Señorita después de tanto tiempo la veo, comentarle que me voy a ir de viaje por un tiempo a mi tierra porque tengo un familiar que necesita ayuda*

T: Oh y ¿por cuánto tiempo?

P: *Yo creo que un par de meses*

T: ¿Y qué va a pasar con tu esposo e hijos?

P: *Bueno de hecho mi esposo ha conseguido un trabajo allá de mecánico, entonces nos iremos juntos, respecto a mi hija, irá ahora en diciembre que sale de vacaciones, dice que quiere conocer mi tierra (risas)*

T: Entiendo, me alegro que todo se haya alineado para que puedan ir juntos

P: *Así es señorita, estoy feliz y triste a la vez porque no veré a mi hermana*

T: ¿Cómo te sientes al respecto?

P: *Un poco triste, pero conversando con ella, descubrimos que la tecnología es diferente y ayuda, nos podemos hacer llamadas y videollamadas*

T: Correcto, es normal y válido sentirte triste, tu hermana y tú son muy unidas, pero las circunstancias cómo estás puede ayudar a reafirmar su unión, es decir, confirmar que no sólo son unidas cuando están cerca, sino también a la distancia y ante cualquier situación

P: *Es cierto, ella es una pieza clave para este proceso, justo vino conmigo está afuera esperando, quería despedirse de usted*

T: Te parece si te hago un par de preguntas y antes de culminar la llamamos, también quiero preguntarle un par de cosas

P: *Sí claro señorita*

T: ¿Sientes que has mejorados en el aspecto personal, familiar, trabajo en el hogar y tú relación con los demás?

P: *Sí señorita, usted me había explicado que la parte personal es mi cuidado propio, y sí he mejorado, trato de dedicarme tiempo, me digo cosas bonitas, cómo “es lo que puedes hacer en este momento y está bien” sin juzgarme o presionarme; con relación a mi familia, también hay cambios notables, hago mis quehaceres con satisfacción, cuido de los míos y les doy mucho amor; en mis relaciones con los demás he potencializado mis habilidades comunicativas, trato de decir lo que pienso sin ofender, en resumen veo cambios en mí, a diferencia de cómo era en un inicio*

T: Es la respuesta que esperaba, porque los cambios positivos en ti han sido notorios. ¿Te parece si dejamos entrar a tu hermana?

P: *Sí, la voy a llamar*

T: Hola señora Mila, ¿cómo está?

H: *Hola doctora, muy contenta por ver los resultados en mi hermana*

T: Así, coméntame qué resultados

H: *Primero ya no está triste al grado de dejarse vencer, para mí fue duro verla así porque no sabía cómo ayudarla, por eso buscamos ayuda profesional; ella cada vez que venía la veía más motivada, sorprendida de las cosas que aprendía, incluso me compartía información, también observé que estaba muy comprometida, traía su cuaderno y guardaba sus fichas. Por otra parte, a ella le cuesta tomar una decisión, pero últimamente trata de hacerlo sola, me enorgullece ver sus cambios*

T: Me agrada escuchar esto de ti y no sólo de Magdalena, pues evidencia que ella ha utilizado y puesto en práctica las herramientas o habilidades que se le han brindado

H: *Sí señorita, creo que todos necesitamos venir en algún momento y no sólo cuando estamos mal*

Se dio cierre de la sesión y se recomendó seguir con las sesiones de seguimiento para potencializar las estrategias.

Conclusiones: Se lograron los objetivos.

Capítulo IV: Resultados

A continuación, se presentará los resultados finales de la psicoterapia que parten de un análisis, de acuerdo, al criterio del paciente y del familiar, así como, el criterio clínico y psicométrico, tanto del pre como el post test; de igual forma, se expondrá las conclusiones y recomendaciones halladas en este presente estudio de caso.

4.1. Criterio del Paciente

La evaluada al finalizar las sesiones manifestó que sus ideas, pensamientos e interpretaciones acerca de algún hecho le causaban malestar, indicando lo siguiente: *“al principio sentía que todos mis problemas estaban causándome tristeza, desgano, irritabilidad con mis hijos, además presentaba ideas de inutilidad y me creía incapaz de lograr mis objetivos, tanto me llegó afectar que no podía hacer mis actividades, descuide a mis hijos y casi todo el día quería estar en cama. A raíz de la terapia y las sesiones fui retomando mis actividades progresivamente, lo más difícil fue identificar y reconocer mis pensamientos, pero la práctica y los ejercicios me han permitido evaluarlos y analizarlos; debo señalar, que el retomar mis tareas en el hogar y con mi familia me subió los ánimos, comencé a compartir más momentos gratos, especiales y satisfactorios. Adicionalmente, la respiración y relajación me ayudan a controlar mis emociones y compartir un momento conmigo misma; en relación a mi vida social, converso un poco más con mis vecinas, compartiendo experiencias de nuestros hijos. Finalmente, sé que hay la posibilidad de volver a sentir tristeza, pero con las herramientas dadas, considero que podré enfrentarlas”.*

Al finalizar la sesión, se evidenció una disminución significativa del malestar, presentando mejor capacidad de adaptación frente a las situaciones adversas. En consecuencia, la paciente, es capaz de poner en práctica por si misma las estrategias que se le brindaron, de igual manera, es capaz de enseñar y orientar dichas técnicas. Con lo mencionado anteriormente, Magdalena posee la habilidad de enfrentar los futuros problemas o acontecimientos que pueden aparecer en su vida.

4.2. Criterio Familiar

Durante el proceso de evaluación e intervención se tuvo la presencia de su hermana Mila, quién apoyo en el transcurso de la evolución, indicando lo siguiente: *“mi hermana tenía muchas dificultades en un inicio, me asustaba que ella no tuviera ganas de nada, que no cocine, que se la pase encerrada en su habitación, se distanciaba de mí, de su familia en general y lloraba mucho, pero al pasar el tiempo, llevando su tratamiento vi que fue mejorando poco a poco, conversaba más, me contaba lo que hacían durante su intervención, a su vez, retomó las funciones en su hogar, por último, opino que asistir a terapia ayudó a superar sus problemas y a mejorar porque se comunica mejor, trata de tomar decisiones por ella misma y ha incrementado su valía personal”*.

En conclusión, personas externas y cercanas a la paciente notan los cambios en su comportamiento, comprobando que la terapia ha sido eficaz, incrementando su funcionalidad a nivel personal, familiar, ocupacional y social.

4.3. Criterio psicométrico

Se utilizaron tres pruebas psicométricas para la evaluación del caso. Como resultado del pre test, en la primera prueba, Inventario de Depresión de Beck II (IDB – II) la paciente obtuvo 26 de puntaje correspondiente a la categoría “moderada alteración del estado de ánimo”, evidenciando dificultad significativa en los diferentes niveles de funcionalidad. En esa misma línea, se aplicó la Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI), obteniendo en la sub escala de ansiedad – estado (A/E) un puntaje de 27, colocándola en una categoría “moderada”; por otra parte, en la sub escala de ansiedad – rasgo (A/R) presenta un puntaje de 28 ubicado en la categoría “moderado”. Finalmente, se aplicó una prueba de personalidad, Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI – II) obteniendo patrones clínicos de la personalidad dependiente y distimia, así como se detectó la presencia de síndrome depresivo y ansioso.

En el post test, se volvieron aplicar las mismas pruebas obteniendo como resultado lo siguiente: en el Inventario de Depresión de Beck II (IDB – II) la paciente obtuvo 7 de puntaje correspondiente a la categoría “no presencia de depresión”, evidenciando mejoras en los diferentes niveles de funcionabilidad. Prosiguiendo, se aplicó la Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI), obteniendo en la sub escala de ansiedad – estado (A/E) un puntaje de 13, colocándola en una categoría “normal”; de igual forma, en la sub escala de ansiedad – rasgo (A/R) presenta un puntaje de 16 ubicado en la categoría “normal”. Por último, se mantienen los resultados de la prueba de personalidad, tal como se observa en la tabla 12.

Tabla 12

Tabla de pre - test y post – test

Prueba Psicométrica	Resultados (Pre – test)	Resultados Post – test
Inventario de Depresión de Beck II	26	7
Escala de Ansiedad Estado	27	13
Escala de Ansiedad Rasgo	28	16
Inventario Clínico Multiaxial de Millon II	Patrones clínicos de la personalidad: Dependiente y distimia. Síndrome clínico: Depresivo – Ansioso	

4.4. Criterio Clínico

Antes de iniciar con el programa de intervención, se exploró el área de personalidad, afectividad y emotividad, obteniendo cómo resultado el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con rasgos de personalidad dependiente. Luego se procedió a iniciar con el tratamiento.

Al culminar el programa de intervención, la paciente no presenta síntomas depresivos que asegure la presencia de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado, puesto que la tristeza patológica, anhedonia, hipo abulia, apatía y pensamientos de contenido depresivo que mantenían el malestar emocional en la paciente, se han reducido

significativamente, tanto en frecuencia como en intensidad. Durante las sesiones iniciales del tratamiento del trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado, empezó a utilizar diferentes técnicas y estrategias brindadas durante del proceso de intervención, cuya consecuencia, fue que el cuadro no causaba malestar o perturbación.

De acuerdo a ello, se evidenció mejoras en la ejecución de sus actividades cotidianas, retomando de forma adecuada y adaptada sus niveles de funcionabilidad (social, familiar, académico y personal). Por ende, se confirma la adecuada adquisición de aprendizajes, en cuanto a estrategias y técnicas, permitiendo que la paciente amplié su repertorio de afrontamiento para el dominio y control de sus impulsos y pensamientos depresivos; a su vez, ha fortalecido su capacidad para tomar decisiones, afianzado sus habilidades comunicativas, autoestima y valía personal. En conclusión, el trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado el cuál presentaba la paciente, se encuentra actualmente en remisión.

4.5. Seguimiento

En el proceso de seguimiento se verificó un cambio significativo en el área de afectividad, la paciente es capaz de reestructurarse a sí misma, modificando sus pensamientos desadaptativos por otro más flexibles y positivos, erradicando la tristeza, el desgano, la falta de motivación, entre otros, logrando afrontar las situaciones aversivas de manera acertada, mejorando su desempeño en el hogar, además de aumentar sus habilidades comunicativas con su pareja y familia, retomando sus relaciones sociales .

Del mismo modo, se identificó un cambio positivo en el área de emotividad, pues al mostrar mejoras en el área afectiva los síntomas ansiosos disminuyeron hasta eliminarse, por lo que, ya no presenta llanto, dolor de cabeza y agitación motora. En conclusión, la paciente puede responder a las demandas del ambiente, causado por el proceso de aprendizaje de las diversas técnicas brindadas en el programa de intervención.

Capítulo V: Resumen, Conclusiones Y Recomendaciones

5.1. Resumen

Paciente de sexo femenina de 39 años de edad, asiste a consulta debido que, desde hace tres semanas ha comenzado a sentirse triste, impidiéndole realizar sus actividades con normalidad, sumando a ello, presenta síntomas como fatiga, disminución de la motivación y energía, falta de interés o voluntad, ideas de minusvalía y culpa afectando su funcionabilidad a nivel personal, familiar, ocupacional y social.

Por esta razón, se ejecutó el proceso de evaluación usando las técnicas de entrevista y observación; acto seguido, se aplicó pruebas psicométricas para explorar el área de afectividad, personalidad y emotividad, corroborando por medio del criterio clínico y psicométrico el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con rasgos de personalidad dependiente.

Una vez obtenidos los resultados, se procedió a realizar un análisis funcional, posteriormente, se inició con el programa de intervención de acuerdo a la problemática del paciente, fundado bajo modelo cognitivo conductual de Beck, la cual consistió en 15 sesiones de 45 minutos, una vez por semana; se inició el proceso psicoterapéutico con la técnica de psicoeducación desde el modelo cognitivo y el modelo biopsicosocial, asimismo, se utilizó la técnica de columnas paralelas para identificar la relación entre pensamiento, emoción y conducta, así como reconocer que no es la situación que genera el malestar sino la interpretación de esta. Por consiguiente, se centró en recuperar la funcionabilidad y debatir la creencia de inutilidad, aplicando técnicas de programación de actividades, asignación de tareas graduadas y la técnica de dominio y agrado, evidenciando mejoras en la paciente; además, se trabajó en la identificación, cuestionamiento y modificación de los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas que provocaban el mantenimiento del cuadro. Igualmente, se le enseñó, entrenó y resaltó la importancia del control de las emociones a través de la respiración diafragmática, luego se entrenó y fortaleció las habilidades sociales

del paciente, las cuales incluía el tema de autoestima y estilos de comunicación que contribuían de forma positiva en los rasgos de personalidad dependiente. Finalmente, se explicó la identificación de problemas y se le enseñó la técnica de solución de problemas que favorecen la toma de decisiones de la paciente.

Finalmente, se realizó 2 sesiones de seguimiento para comprobar la adquisición de habilidades de afrontamiento y remisión del cuadro, a causa de ello se reevaluó a la paciente mostrando resultados positivos en el área afectiva y emotiva, de igual manera, se entrevistó a la hermana corroborando que hay un cambio positivo y significativo, generando un mejor desenvolvimiento ante acontecimientos aversivos en su vida.

Se debe señalar, que la paciente evidenció compromiso y responsabilidad durante todo el proceso psicoterapéutico por medio del cumplimiento de sus tareas. Hoy en día, Magdalena demuestra mayor adaptabilidad al medio, incrementando sus niveles de funcionalidad.

5.2. Conclusiones

- A partir del proceso de evaluación se llegó al diagnóstico de F33.1, trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con rasgos de personalidad dependiente.
- La paciente aprendió de diversas estrategias y técnicas que le permiten identificar, cuestionar y modificar sus pensamientos, así como también, reconocer y solucionar problemas, fortaleciendo sus habilidades sociales. En conclusión, el programa de intervención cumplió con los objetivos propuestos, teniendo efecto positivo en la vida del paciente.
- Se comprobó que las sesiones de seguimiento sirven para potencializar las estrategias de afrontamiento, evidenciado en la recuperación de los niveles de funcionalidad, en cuanto, lo personal, familiar, ocupacional y social, indicando adecuada adaptabilidad al medio.

- Los resultados del post test del área afectiva (IDB – II), muestran disminución significativa de síntomas depresivos, concluyendo, según criterio clínico y psicométrico que la paciente se encuentra en la categoría “sin presencia de depresión”; asimismo, en el post test del área emocional (STAI) evidencia reducción significativa en los niveles de ansiedad – estado y rasgo. Para concluir, en el área de personalidad, a criterio clínico y psicométrico la paciente presenta rasgos de personalidad dependiente.
- Se concluye que el cuadro de trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado se encuentra en remisión, debido a la intervención del programa cognitivo conductual que permitió el aprendizaje de técnicas y habilidades de afrontamiento, obteniendo como resultados nuevas conductas adaptables al medio.
- La terapia cognitiva conductual es eficaz para los trastornos depresivos recurrentes, episodio actual moderado.

5.3. Recomendaciones

- Se recomienda continuar practicando las técnicas brindadas y aprendidas en la intervención, simultáneamente, se debe seguir reforzando las nuevas conductas, brindando el apoyo participativo y motivacional ante circunstancias difíciles de afrontar.
- Se recomienda continuar con las sesiones de seguimiento para la conservabilidad de las estrategias y mejoras personales.
- Se recomienda llevar terapia sistemática para mejorar las interacciones y dificultades familiares, de la misma manera, se sugiere llevar terapia ocupacional para adaptar las capacidades de la paciente optimizando su autonomía funcional.
- Continuar elaborando programas de intervención TCC en casos de trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
- Diseñar y ejecutar programas de intervención en casos de depresión y otros asociados con rasgos o trastornos de personalidad.

REFERENCIAS

- Abramson, L., Seligman, M., y Teasdale, J. (1978). *Desamparo aprendido en el ser humano: Crítica y reformulación*. Revista de Psicología anormal, 87(1), 49 - 74.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Agudelo, D., Buela-Casal, G., y Spielberger, C. (2007). *Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas*. Salud Mental, 30(2), 33-41.
- Álamo, C., Guerra, J., y López, F. (2012). *Terapéutica de la Depresión y de otros trastornos Afectivos; Terapéutica farmacológica de los Trastornos del sistema nervioso; Programa de actualización en farmacología y farmacoterapia*. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 383 – 406.
- Alby, C. (2004). *La concepción antropológica de la medicina hipocrática*. Enfoques, 16(1), 5-29. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2123410>
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Andrade, N. (2005). *La alianza terapéutica*. Clínica y Salud, 16 (1), 9 - 29.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616109001>
- Aragonés, E., Lluís, J., y Labac, A. (2009). *Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria*. Atención Primaria, 41(10), 545 – 551. <https://core.ac.uk/download/pdf/82268798.pdf>
- Arango, C., y Rincón, H. (2018). *Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: Múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común*. Rev. Colomb Psiquiat, 47(1), 46 – 55. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v47n1/0034-7450-rcp-47-01-00046.pdf>

- Asociación Americana de Psiquiatría APA. (2013). *Guía de consulta de los Criterios de DSM – 5*. Arlington: APA.
- Ato, M., López, Juan J., y Benavente, A. (2013). *Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología*. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Barraca, J., y Pérez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Editorial Síntesis.
- Barreda, D. (2019). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica*. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(1), 39 – 52. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/16580/14212>
- Batlle, S. (2007). *Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y Enfoques: Enfoque Cognitivo – Conductual*. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Beck, A. (2005). *El estado actual de la Terapia Cognitiva: Una retrospectiva de 40*. *Psiquiatría Arch Gen*, 62(9), 9 – 953. [10.1001 / archpsyc.62.9.953](https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.953).
- Beck, A., Emery, G. y Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Lugar: Basic Book Inc. Publisher New York.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York, Estados Unidos de América: Guilford.
- Beck, A., y Freeman, A. (1990). *Terapia cognitiva de los Trastornos de personalidad*. New York. Paidós.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G., (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Beck, A.T. (1991). *Cognitive therapy: A 30-year retrospective*. *American Psychologist*, 46, 382 - 389. <https://psycnet.apa.org/record/1991-25109-001>

- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Benavides, P. (2017). *La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física*. Revista PUCE, 105, 171 – 188. <https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119>
- Berrios, E. (1988). *Melancolía y depresión durante el siglo XIX: Una historia conceptual*. British Journal of Psychiatry, 153(3), 298-304.
- Bunge, M. y Ardila, R. (2002). *Filosofía de la psicología*. México: Siglo XXI Editores.
- Caballo, V. (1996). *Manual para el tratamiento Cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). Madrid, España: Siglo veintiuno editores.
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. Madrid, España: Siglo XXI editores.
- Caballo, V., (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los Trastornos Psicológicos*. Madrid, España: Siglo XXI Editores.
- Cabana, A. (2018). *La depresión: Un acercamiento del modelo cognitivo de Beck* (Trabajo de grado). Universidad de la República, Uruguay.
- Calderón, D. (2018). *Epidemiología de la depresión en el adulto mayor*. Revista Médica Herediana, 29(3), 182-191. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Calderón, M., Cortés, A., Durán, E., Martínez, T., Ramírez, L., y Garavito, C. (2012). *Depresión: Recorrido histórico y conceptual*. Revista virtual del programa de Psicología, 1 – 12. http://www.contextos-revista.com.co/Revista%209/A5_Depresion%20Recorrido%20historico%20y%20conceptual.pdf

- Camirero, P., Castelo, C., Cañizares, G., Gonzales, M., Luna, M., Nuñez, J., ... Portoles, J. (2012). *Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid, Planificación estratégica*. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017188.pdf>
- Campero, M. y Ferraris, L. (2014). *La psicoeducación como herramienta estratégica en el abordaje de la patología mental en el dispositivo de guardia*. Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA), 4(2), 52 - 55. <https://www.semanticscholar.org/paper/La-psicoeducaci%C3%B3n-como-herramienta-estrat%C3%A9gica-en-Campero-Ferraris/b6d2764172cda9924d459108d02aac57fc8da7b0>
- Carrasco, A. (2017). *Modelos psicoterapéuticos para la depresión: Hacia un enfoque integrado*. Revista internacional de psicología, 51(2), 181- 189. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>
- Chinchilla, A. (2011). *Aspectos conceptuales e históricos de la depresión*. En la depresión y sus máscaras, 7 – 35.
- Clark, A., y Beck, A. (2010). *Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings*. Trends in Cognitive Sciences, 14, 418-424. [10.1016/j.tics.2010.06.007](https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.007).
- Clark, D., y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Contreras, J., Hernández, L., y Freyre, M. (2015). *Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes*. Terapia psicológica, 33(3), 195 – 203. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300004>
- Cruz, G. (2012). *De la Tristeza a la Depresión*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 15(4), 1311 – 1324.

<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num4/Vol15No4Art8.pdf>

D'Zurilla, T., y Nezu, A. (1982). *Social problem solving in adults*. En P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and the – rapy*, 1, 201 -274. Nueva York: Academic Press.

Dagnino, P., Valdés, C., De La Fuente, I., Harismendy, M., Gallardo, A., Gómez, E., y De La Parra, G. (2018). *Impacto de la Personalidad y el Estilo Depresivo en los Resultados Psicoterapéuticos de pacientes con Depresión*. *Psykhē*, 27(2), 1 – 15.
<https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.27.2.1135>

Dahab, J., Rivadeneira, C., y Minici, A. (2002). *La depresión desde la Perspectiva cognitivo conductual*. *Revista de terapia cognitiva conductual*, 3, 1 – 5.
<http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>

Davison, M., y Nevin, J. (1999). *Stimuli, reinforcers, and behavior: An integration*. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 71, 439–482.

Dickerson, J., Lynch, F., Leo, M., DeBar, L., Pearson, J., Merry, S., y Hetrick, G. (2018). *Cost-effectiveness of cognitive behavioral therapy for depressed youth declining antidepressants*. *Pediatrics*, 141. [10.1542 / peds.2017-1969](https://doi.org/10.1542/peds.2017-1969).

Elferink, J. (2000). *Desórdenes Mentales entre los Incas del Antiguo Perú*. *Neuro Psiquiatría del Perú*, 1 – 2. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/Neuro_psiquiatria/v63_n1-2/desordenes%20mentales.htm

Ellis, A. (1958). *Rational psychotherapy*. *Journal of General Psychology*, 59, 35-49.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lugar: Lyle Stuart, New York.

- Ellis, A., y Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional – Emotiva*. New York, USA: Springer Publishing Company.
- Emiro, J. (2009). *La mente desencarnada: Consideraciones históricas y filosóficas sobre la psicología cognitiva*. *Psicología desde el Caribe*, 24, 59 – 90. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21312270004.pdf>
- Escobar, E. (2014). *Las publicaciones psiquiátricas nacionales y sus autores en 150 años de la especialidad: los primeros cincuenta años (1852-1902)*. *Chile Neuro – Psiquiat*, 52(4), 274 – 280. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v52n4/art05.pdf>
- Fancher, R. (1979). *Pioneers of psychology*. New York: W. W. Norton & Company.
- Fodor, A. (1968). *Psychological explanation: An introduction to the philosophy of psychology*. New York: Random House.
- Figuroa, G. (2002). *La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor*. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>
- Gallegos, W. (2004). *Antecedentes y evolución de la psicología materialista: Un estudio histórico*. *Revista Cubana de psicología*, 21(1), 76 - 89. https://www.researchgate.net/publication/275344215_ANTECEDENTES_Y_EVOLUCION_DE_LA_PSICOLOGIA_MATERIALISTA_UN_ESTUDIO_HISTORICO
- García, A. (2009). *La Depresión en adolescentes*. *Revista de Estudio de Juventud*, 84, 85 - 104. <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>
- Gómez, C., Bohórquez, A., García, J., Rodríguez, M., Rodríguez, J., Jaramillo, L., ... De La Hoz, A. (2012). *Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos; Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente*. *Psiquiat*, 41 (4), 774 – 782.

- Gómez, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M., y Díaz, N. (2004). *Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana*. Panam Salud Pública, 16(6), 378 – 386.
- González, D., Barreto, A., y Salamanca, Y. (2017). *Terapia Cognitiva: antecedentes, teoría y metodología*. Revista Iberoamérica de Psicología, 10(2), 107 – 201. <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1114>
- González, M. (2009). *El sueño de la razón: La utopía del conductista*. Revista de pensamiento e investigación Social, 15, 181 – 192. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=53712929011>
- González, S., Pineda, A., y Gaxiola, J. (2017). *Depresión adolescente: Factores de riesgo y apoyo social como factor protector*. Revista de la Universidad Pontificia Javeriana, 17(3), 1 – 11. [10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr](https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr)
- Guzmán, M., y Fernández, K. (2020). *Vulnerabilidad cognitiva: una mirada desde el modelo cognitivo-conductual*. ReaserchGate. https://www.researchgate.net/publication/343244852_VULNERABILIDAD_COGNITIVA_UNA_MIRADA_DESDE_EL_MODELO_COGNITIVO-CONDUCTUAL
- Haynes, S., y O'Brien, W. (1990). *Análisis Funcional en la Terapia Conductual; revisión de Psicología Clínica*. ScienceDirect, 10, 649 – 668. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90074-K](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90074-K)
- Hernández, K., y Lesmes, A. (2018). *La escucha activa como elemento necesario para el diálogo*. Revista convicciones, 9(1), 83 – 87. <file:///C:/Users/User/Downloads/272-Texto%20del%20art%C3%ADculo-564-1-10-20181028.pdf>
- Herzog, D., y Eddy, K. (2018). *Comorbidity in eating disorders*. En: Stephen Wonderlich, James Mitchell, Martine de Zwaan(Eds), Annual Review of Eating Disorders. NY: Taylor y Francis Group.

- Ibáñez, C., y Echeburúa, E. (2015). *Función y limitaciones del Pronóstico de evaluación diagnóstica en el ámbito de la Psicología clínica. Clínica y Salud*. Madrid, España. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/j.clysa.2014.10.008>
- INSM (2015). *Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana - 2015*. *Anales de la salud mental*, 34 (1). <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXIV%202018%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Generales%20y%20Centros%20de%20Salud.pdf>
- Jackson, S. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión: desde los tiempos de Hipócrates a la época moderna*. Madrid, España: Turner, D.L.
- Josué, L., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R., Font, I., y Cardona, M. (2006). *Factores psicosociales de la depresión*. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 35 (3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009&lng=es&tlng=es
- Kahneman, D., y Tversky, A. (1973). *En la psicología de la predicción*. *Psychological Review*, 80(4), 237 - 251. <https://doi.org/10.1037/h0034747>
- Kazdin, A. (1978). *Historia de la modificación de conducta*. España: Desclée de Brouwer.
- Keles, S., y Idsoe, T. (2018). *A meta-analysis of group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) interventions for adolescents with depression*. *Journal of Adolescence*, 67, 129 - 139. [10.1016 / j.adolescence.2018.05.011](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.011)
- Lara, F. (2013). *Entre fenomenología y hermenéutica*. España: Plaza y Valdés,
- Lewinsohn, P., Gotlib, I., y Hautzinger, M. (1997). *Tratamiento conductual de la depresión unipolar. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid, España: Siglo veintiuno editores.

- Lewinsohn, P., y Gotlib, I. (1995). *Behavioral theory and treatment of depression. Handbook of depression*. Nueva York: Guilford.
- Lewinsohn, P., Muñoz, R., Youngren, M., y Zeiss, A. (1986). *Control your depression*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.
- Lu, W. (2019). *Adolescent Depression: National Trends, Risk Factors y Healthcare Disparities*. American Journal of Health Behavior, 43, 181 - 194. [10.5993 / AJHB.43.1.15](https://doi.org/10.5993/AJHB.43.1.15)
- Luque, R., y Berrios, G. (2011). *Historia de los trastornos afectivos*. Revista Colombiana de psiquiatría, 40 (5), 130 – 146. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80622316009.pdf>
- Manzo, S. (2016). *Empirismo y filosofía experimental. Las limitaciones del relato estándar de la filosofía moderna a la luz de la historiografía francesa del siglo XIX (J.-M. Degérando)*. Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia, 16 (32), 11 - 35. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41449296002>
- Marcos, M. (1979). *Historia de la filosofía*. Madrid, España: Alhambra.
- Martínez, A. (2013). *Kraepelin, el Desafío clasificatorio y otros enredos anti narrativos*. Scientle Studia, 11(3), 67 – 89. <https://www.scielo.br/j/ss/a/V9dGPQQHF59jc6W9Lfz67sQ/?format=pdf&lang=es>
- Martínez, J., Vilar, R., y Verdejo, A. (2018). *Efectividad a largo plazo de la terapia de grupo cognitivo-conductual del alcoholismo: impacto de la patología dual en el resultado del tratamiento*. Clínica y salud, 29 (1), 1-8. [10.5093/clysa2018a1](https://doi.org/10.5093/clysa2018a1)
- Martínez, P. (2017). *Representación y creación mental*. Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 9 (2), 139 – 146. <https://www.mediagraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2017/mip172h.pdf>
- Martínez, P., Rojas, G., Fritsch, R., Martínez, V., Vohringer, P., y Castro, A. (2017). *Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la Atención*

- primaria de salud en Santiago, Chile*. Rev Med Chile, 145, 25 – 32.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n1/art04.pdf>
- Méndez, X., Espada, J., Rosa, A., y Montoya, M. (2002). *Tratamiento Psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿evidencia o promesa?* Psicología conductual, 10 (3), 563 - 580. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2011/sam115a.pdf>
- Mingote, J., Gálvez, M., Pino, P., y Gutiérrez García, M. (2009). *El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo*. Medicina y Seguridad del Trabajo, 55 (214), 41 - 63.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100004&lng=es&tlng=es.
- Ministerio de Salud MINSA (2012). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3197.pdf>
- Ministerio de Salud MINSA (2018). *Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- Miró, M. (2008). *La terapia cognitiva en España*. Apuntes de Psicología, 26 (2), 165 – 175.
<http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/132>
- Moreso, N., y Canals, J. (2018). *La depresión en la adolescencia: ¿Un problema enmascarado?* Revista estudios de juventud, 23 – 45.
http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/2_la_depresion_en_la_adolescencia_un_problema_enmascarado.pdf
- Morrison, F., y Ressler, K. (2014). *De la Neurobiología de la Extinción a la mejora de los tratamientos clínicos*. *Depress Anxiety*, 31 (4), 279 - 90.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24254958/>
- Nardi, B., Bellantuono, C., y Moltedo-Perfetti, A. (2012). *Eficacia de la Terapia cognitivo – conductual en la prevención de la depresión post parto*. Revista Chilena de obstetricia y ginecología. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000600005>

- Nezu, A. (1987). *Una formulación de la Depresión para la resolución de problemas: una revisión de la literatura y una propuesta de un modelo pluralista*. *Clinical Psychology Review*, 7, 121 - 144. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(87\)90030-4](https://doi.org/10.1016/0272-7358(87)90030-4)
- Organización Mundial de la Salud OMS (2000). *Comparaciones internacionales de la prevalencia y correlaciones de los trastornos mentales*. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 78 (4), 413 - 425.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que lo padecen necesitan apoyo y tratamiento*. https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/
- Organización Mundial De La Salud. (2017). *La Depresión*. <https://www.who.int/topics/depression/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recursos de la depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Ortiz, M., y Céspedes, E. (2015). *Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad estado y ansiedad rasgo en niños y adolescentes de Lima Sur*. (Tesis de grado). Universidad Autónoma del Perú.
- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., y Salgado, H. (2017). *Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor*. *Revista Biomédica*, 28 (2), 73 – 98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Pérez, F., y Peñaranda, M. (2017). *El debate en torno a los manicomios entre los siglos XIX y XX: el caso de Nellie Bly*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37 (131), 95 - 112. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100006&lng=es&tlng=es

- Perris, C. (1989). *Terapia cognitiva con el paciente adulto deprimido*. Nueva York, Estados Unidos de América: Umea Sweden.
- Pinto, B. (2003). *Evolución De Los Modelos Cognitivos*. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP, 1 (2), 29 - 48. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000200005&lng=es&tlng=es
- Piñar, G., Suárez, G., y De La Cruz, N. (2020). *Actualización sobre el trastorno depresivo mayor*. Revista médica Sinergia, 5 (12), e610. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.610>
- Plaud, J. (2001). *Clinical science and human behavior*. Journal of Clinical Psychology, 57, 1089 - 1102. <https://doi.org/10.1002/jclp.1125>
- Plaud, J. (2003). *Pavlov and the foundation of behavior therapy*. Spanish Journal of Psychology, 6, 147 - 154. <https://www.cambridge.org/core/journals/spanish-journal-of-psychology/article/abs/pavlov-and-the-foundation-of-behavior-therapy/CA07FB4219E01971CACB2A360DD40E52>
- Rejón, C. (2016). *Vísceras, humores, alientos: Alma premoderna y subjetividad moderna*. Revista Asociación Esp. Neuropsiq, 36(130), 479 - 497. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v36n130/dossier4.pdf>
- Restrepo, M., Sánchez, E., Vélez, M., Marín, J., Martínez, L., y Gallegos, D. (2017). *Trastorno depresivo mayor: Una mirada genética*. Revista Diversitas, 13 (2), 279 - 294. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n2/1794-9998-dpp-13-02-00279.pdf>
- Reyes, R., y Pulido, M. (2011). *Frecuencia de depresión y comorbilidad con ansiedad en una clínica universitaria de psicoterapia psicoanalítica*. Enseñanza e Investigación en Psicología, 16 (2), 339 - 355. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29222521009.pdf>

- Richelson E. (2002). *La Relevancia clínica de la interpretación de los antidepresivos con los transportadores y receptores de neurotransmisores*. *Psychopharmacol Bull*, 36 (4), 133 – 50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24254958/>
- Río, E. (2017). *Eficacia de un Tratamiento Cognitivo Comportamental (TCC) con apoyo de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) para el dolor lumbar crónico. Ensayo clínico aleatorizado*. Tesis de maestría no publicada, Universitat Jaume I. Castellón, España.
- Robinson, f., y De Oliveira, A. (2018). *Análisis crítico de la teoría del reflejo desde la propuesta teórica de la subjetividad*. *Revista diversitas*, 14 (1), 97 – 107. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v14n1/1794-9998-dpp-14-01-00097.pdf>
- Romero, G. (2006). *Tratamiento Cognitivo Conductual de un caso de depresión en la tercera edad*. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 7 (1), 65 – 75. http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2006/I/8-TRATAMIENTO_COGNITIVO_CONDUCTUALDE.pdf
- Rozo, J. (2014). *Pavlov y los reflejos condicionados: La verdadera historia sobre un descubrimiento*. *Revista Psicológica Científica*, 16 (4). <https://www.psicologiacientifica.com/pavlov-reflejos-condicionados-verdadera-historia/>
- Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*: Biblioteca de psicología.
- Sadock, B., Kaplan, H., y Sadock, V. (2007). *Sinopsis de Psiquiatría de Kaplan y Sadock: Ciencias del comportamiento – Psiquiatría Clínica*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sáez, L. (2009). *Movimientos filosóficos actuales*. Madrid, España: Trotta.

- Sánchez, A. y Vázquez, C. (2012). *Sesgos de Atención Selectiva como Factor de Mantenimiento y Vulnerabilidad a la Depresión: Una Revisión Crítica*. *Terapia Psicológica*, 30 (3), 103-117. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300010>
- Segovia, L. (2014). *La experiencia melancólica: una configuración diferencial entre la depresión mayor y la melancolía*. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14 (2), 5 - 12. [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/DialnetLaExperienciaMelancolica-5493096%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/DialnetLaExperienciaMelancolica-5493096%20(1).pdf)
- Seligman, M. (1975). *Indefensión: sobre la depresión, el desarrollo y la muerte*. Nueva York, Estados Unidos de América: San Francisco, WH Freeman.
- Silva, H. (2002). *Nuevas perspectivas en la biología de la depresión*. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40(1), 9-20. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500002>
- Solís, C. (2007). *El inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI – II): Validez y confiabilidad en pacientes de dos Hospitales de salud mental de Lima Metropolitana*. (Tesis de pre grado). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Stelmack, M., y Stalikas, A. (1991). *Galeno y la Teoría del Humor del Temperamento*. *ScienceDirect*, 12 (3), 255 – 263. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90111-N](https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90111-N)
- Sullivan, P., Neale, M., y Kendler, K. (2000). *Epidemiología genética de la depresión mayor: revisión y metaanálisis*. *Review and meta-analysis*. *Am J Psychiatry*, 157(10), 1552 – 62. [10.1176/appi.ajp.157.10.1552](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552). PMID: 11007705
- Turing, A.M. (1950). *Computing machinery and intelligence*. *Mind*, 59 (236), 433 - 460. <https://doi.org/10.1093/mind/LIX.236.433>
- Vallejo, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría (4ª Ed.)*. Barcelona, España: Masson S.A.

- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría (7ª Ed.)*. Barcelona, España: Masson S.A.
- Vásquez, F., Muñoz, R., y Becoña, E. (2000). *Depresión: Diagnósticos, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX*. *Psicología Conductual*, 8 (3), 417 – 449. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf
- Wolf, C., Alvarado, R., y Wolf, M. (2010). *Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura*. *Chil Infect*, 27(1), 65 – 74. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v27n1/art11.pdf>
- Yapko, M. (2006). *Para romper los Patrones de la Depresión*. México: Editorial Pax.
- Yurica, C., y DiTomasso, R. (2004). *Cognitive Distorsions. Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. USA: Springer.
- Zarragoitía, A. (2011). *Depresión: Generalidades y particularidades*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Zuluaga, D. (2018). *Aplicación de la terapia cognitiva en un paciente con trastorno mixto de ansiedad y depresión y trastorno de la personalidad dependiente (tesis de maestría)*. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 21/10/2019

Consentimiento informado

Yo, Magdalena [redacted] Certifico que he sido informada con claridad y veracidad, los objetivos específicos de la intervención terapéutica respecto a mi problemática. Asimismo, estoy de acuerdo con el uso de técnicas cognitivo conductual eficaces para la disminución o eliminación de la depresión. Es así que accedo al uso de mi caso clínico para fines educativos realizados por la interna de psicología Antuanette Garcia Mejia Soy consciente de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la terapia psicológica cuando lo estime conveniente.

Se respetará la confidencialidad e intimidad de la información relatada, cuidando la salud física y mental.

[Signature]
Vanessa Antuanette Garcia Mejia
Interno de Psicología
Hospital San José - Callao

Int. Vanessa Antuanette Garcia Mejia

[Signature]

Magdalena [redacted]

ANEXO B

CUESTIONARIO SOBRE LA HISTORIA DE LA VIDA DE LAZARUS

CUESTIONARIO SOBRE LA HISTORIA DE LA VIDA
(Arnold A. Lazarus)

Este cuestionario tiene por objetivo obtener un panorama amplio de su vida. En todo trabajo científico es necesario contar con registros, dado que estos permiten abordar los problemas en forma mas completa. Llenando este formulario de la forma mas detallada y precisa que pueda, contribuirá a facilitar su propio programa terapéutico. Se le pide que conteste estas preguntas de rutina por su cuenta, para no utilizar el tiempo dedicado a la consulta en la obtención de estos datos.

Es comprensible que a Ud., le preocupe lo que ocurra con la información sobre su vida, dado que muchos de estos datos son muy personales. Todo los informes de casos son estrictamente confidenciales. Ninguna persona fuera del terapeuta, podrá ver su informe sin su autorización.

Fecha..... 02/10/19

1. Datos Generales.

Nombre Regodena [redacted]
 Dirección Curos
 Teléfono 95222222
 Edad 38 Ocupación Ama de casa
 ¿Quién lo derivó a la consulta psicológica?
Elino por unete nupcia
 ¿Con quién vive en este momento? (enumere las personas)
 - Padre
 - hijo (suos)

2. Datos clínicos

- a) Exprese con sus propias palabras la naturaleza y la duración de sus problemas principales:

"Desde hace tres semanas aproximadamente no me siento bien, ya no hago mis actividades con normalidad, lloro, no tengo energía ni motivación, cada semana, que no es la primera vez que voy a Psicología por este problema con mi mamá".

- b) Haga una breve reseña sobre la historia y el desarrollo de sus problemas (desde su origen hasta el presente)

c) En la siguiente escala evalúe la gravedad de su/s problema/s

Levemente Perturbador	Moderadamente Grave ^X	Muy Grave	Sumamente Grave	Totalmente Incapacitante
--------------------------	---	--------------	--------------------	-----------------------------

d) ¿A quién consulto previamente acerca de su/s problema/s actual/es?

- Mr. Hermana
- Páas atrás a otro psicólogo

3. Datos Personales:

a) Fecha de nacimiento 08/11/1981 Lugar de Nacimiento Pn cuba

b) Condición de su mamá durante su embarazo (en la medida en que lo sepa):

Normal - parturiente. (campo)

c) Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que haya tenido lugar durante su infancia:

Terror Nocturno

Enuresis

Sonambulismo

Chuparse el dedo

Comerse las uñas ✓

tartamudeo

Temores ✓

Infancia infeliz

Infancia desdichada ✓

Otros:

e) Estado de salud durante su infancia. Enumere las enfermedades

Ninguna

f) Estatura: 1.60m. Peso: 65kg.

g) Ha sufrido intervenciones quirúrgicas? (Enumérelas y especifique a que edad)

No

h) ¿Cuándo se sometió por última vez a una revisión médica?

No recuerda

i) ¿Ha tenido accidentes?

Ninguno

j) Enumere sus cinco temores principales.

1. Que mi familia se separe
2. Que nunca encuentre trabajo
3. Que mis hijos me odien
4. Quedarme sola
- 5.

k) Subraye cualquiera de los siguientes ítems que sea aplicable en su caso:

- | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|
| Dolores de cabeza ✓ | Mareos | Desmayos |
| Palpitaciones | Problemas estomacales | Falta de apetito ✓ |
| Problemas digestivos | Fatiga ✓ | Insomnio |
| Pesadillas | Tomo sedantes | Conmociones |
| Tensión | Pánico | Drogas |
| Depresión ✓ | Ideas suicidas ✓ | Timidez |
| Incapaz de relajarme | Problemas sexuales | Incapaz de tomar decisiones ✓ |
| No me gusta los fines de semana, ni las vacaciones | Excesiva ambición | Malas condiciones en el hogar |
| No puedo entablar amistades ✓ | Sentimientos de inferioridad | Incapaz de divertirme ✓ |
| Problemas financieros | Problemas de memoria | Dificultades de concentración |
- Otros:

l) Subraye cualquiera de las palabras que se aplique en su caso:

- | | | | | |
|-------------|--------------|----------------|-------------------------|-----------------|
| Inservible | Inútil ✓ | Un don nadie | La vida es hueca ✓ | Inadecuado |
| Estúpido | Incompetente | Ingenuo | No hago nada bien ✓ | Culpable ✓ |
| Malvado | Moralmente | Pensamientos ✓ | Lleno de odio | Hostil |
| Ansioso ✓ | Incorrecto | horribles | No asertivo | Agresivo |
| Feo | Agitado | Cobarde | Con tendencia al pánico | |
| Repulsivo | Deforme | Poco atractivo | No querido | Incomprendido ✓ |
| Aburrido | deprimido ✓ | Solo | Inseguro ✓ | Conflictuado |
| Arrepentido | Confundido | Desasosegado | Inteligente | Atractivo |
| Seguro | Valioso | Comprensivo | | |
| | Considerado | | | |
- Otros:

m) Intereses, hobbies y actividades actuales

- Salir con mi familia
- conversar con mi hermano

n) ¿En qué ocupa su tiempo libre?

Ver a mi hijo y esposo.

o) ¿Cuál fue el último año que completo estudios?

6to de primaria

p) Aptitudes estudiantiles; puntos fuertes y débiles

Normal * aplicado
* Responsable

q) ¿Alguna vez se burlaron de usted o lo mangonearon?

Si, por ser grande y estatura primaria

r) ¿Le resulta fácil establecer amistades? ¿Las conserva?

No, pero tengo a mi hermano que es como mi
mejor amigo.

4. Datos laborales:

a) ¿Qué tipo de trabajo desempeña ahora?

Anc. de casa

b) ¿Qué tipo de trabajo desempeño en el pasado?

Empleado del hogar

c) ¿Está satisfecho con su trabajo actual? (En caso negativo exprese los motivos)

No, hubiera querido ser profesional.

d) ¿Cuánto gana?

—

¿Cuánto gasta para vivir?

mi esposo y cupo

e) Ambiciones

Pasadas:

ser profesional

Presentes:

que mis hijos sean profesionales

5. Información Sexual:

a) Actitud de sus padres con respecto al sexo (por ejemplo, ¿hubo instrucción sexual o discusiones sobre el tema en su casa)

NO

b) ¿Cuándo y cómo adquirió sus primeros conocimientos sobre el sexo?

Escuchando a mis compañeros al trabajo
hablar de sus experiencias.

c) ¿Cuándo tomó conciencia de sus propios impulsos sexuales?

Cuando fue un primer novio.

d) ¿Alguna vez sintió angustia o sentimientos de culpabilidad por actividades sexuales o masturbación?. En caso positivo por favor especifique.

No me recuerda

e) Cualquier detalle significativo sobre su primera experiencia sexual o alguna posterior

No que me nos protegimos.

f) ¿Considera satisfactoria su vida sexual actual? (en caso negativo por favor especifique)

Actualmente no.

g) Suministre información sobre cualquier reacción heterosexual (u homosexual) significativa que haya experimentado.

6. Menstruación

a) ¿A qué edad tuvo el primer periodo? 10 años

b) ¿Estaba informada o fue un shock para usted? NO

c) ¿Es regular? Sí

d) Duración Sí

e) ¿Tiene dolores? No, al principio sí

f) Fecha de último periodo 02/08/2000

g) ¿La menstruación le afecta el estado de ánimo? Sí, me pone sensible

7. Matrimonio:

¿Cuánto tiempo hace que está casada? Convivo, 5 años aprox.

¿Durante cuánto tiempo conoció a su actual cónyuge antes de comprometerse? 2 años

Edad de su esposa/o 40

Personalidad de su marido/esposa (en sus propias palabras)

Punjab, serio, poco expresivo.

¿En qué terrenos hay compatibilidad?

¿En que terrenos no hay compatibilidad?

¿Cómo se lleva con su familia política? (incluyendo cuñados y cuñadas)

Muy o muy

¿Cuántos hijos tiene? Por favor enumere sexo y edad de sus hijos.

2 - mujer 12
- hombre 5

¿Algunos de sus hijos presenta problemas especiales?

¿Hay algún hecho importante que deba informar en relación con abortos espontáneos o provocados?

1 pérdida a los 8 meses

Suministre datos detallados sobre cualquier matrimonio anterior

7. Datos Familiares:

a) Padre Luis

¿Vive? Si

En caso negativo ¿Qué edad tenía cuando murió?

Causa de muerte:

Si vive ¿Qué edad tiene su padre ahora? 70

Ocupación campesino

Estado de salud ✓

b) Madre: Donatila

¿Vive? Si

En caso negativo ¿Qué edad tenía cuando murió?

Causa de muerte:

Si vive ¿Qué edad tiene su madre ahora? 63

Ocupación campesina

Estado de salud ✓

c) Hermanos.

02 hijos

Don

Cantidad de hermanos: 2 Edades: 32

Cantidad de hermanas: 2 Edades: 30

Relaciones con sus hermanos:

a) Pasada: muy buena (Milo)

b) Presente: muy buena (Milo)

Describe la personalidad de su padre y su actitud con respecto a usted (pasada y presente)

Reservado machista, pero amoroso.
Un poco indiferente con nosotros. Yo solo lo respetaba.

Describe la personalidad de su madre y su actitud con respecto a usted (pasada y presente)

Es impaciente, impulsiva, agresiva en decir su forma
de sentir y pensar, yo no iba donde mi abuelita
por miedo.

¿De qué forma lo castigaban sus padres cuando era pequeño?

Me pegaban y quitaban.

Dé una impresión sobre la atmósfera que reinaba en su hogar (es decir, el hogar en que se crió. Mencione el grado de compatibilidad entre sus padres y entre padres e hijos).

Mi mamá era dura con nosotros por eso yo me
iba donde mi abuelo, mi papá pasaba poco el día
en la chacra por eso no lo veíamos seguido.
Cada quien por su lado.

¿Podía confiar en sus padres?

NO

Si tienen madrastra o padrastro, informe que edad tenía cuando se caso con su madre o su padre

Describe en pocas palabras su formación religiosa.

Si no fue criado por sus padres, ¿quién lo tuvo a su cargo y entre que edades?

¿Alguien (parientes, padres, amistades) interfirió alguna vez en su matrimonio, ocupación etc.?

¿Quiénes son las personas más importantes en su vida?

mis hijos, mi familia

¿Algún miembro de su familia sufre de alcoholismo, epilepsia o algún otro problema que pueda considerarse un trastorno mental? Detalle.

¿Hubo algún caso de enfermedad en su familia que merezca ser mencionado aquí?

Describa cualquier experiencia aterradora o angustiante que no haya mencionado aún:

Enumere todas las situaciones que lo hacen sentir especialmente ansioso.

- Pensar en el futuro de mi familia

Enumere las situaciones que lo hacen sentir sereno o relajado.

- Ver a mi familia unida.

¿Alguna vez perdió el control de sí mismo (por ejemplo: una rabieta, gritos o agresividad)? En caso afirmativo, por favor detalle.

Sí, cuando se me acumula las cosas, das algo sin pensar

Por favor agregue cualquier información no solicitada en este cuestionario, que pueda ayudar a su terapeuta a comprenderlo y apoyarlo (utilice una hoja adicional si es necesario).

Autodescripción:

Por favor complete los espacios en blanco.

Soy mejoraSoy abuel

Soy

Soy

Me siento triste Me siento sin pareja

Me siento

Me siento

Pienso que soy mala madre Pienso que quise ellos estar mejor si mi

Pienso

Pienso

Quisiera que mi padre sea feliz Quisiera que mi abuelito viva

Quisiera

Quisiera

Utilice los espacios en blanco para dar una imagen de sí mismo, con una sola palabra, según lo describiría:

- a) Usted mismo triste
- b) Su cónyuge (si está casado) mejor
- c) Su mejor amigo fuerte
- d) Alguien que no lo quiere. yo

ANEXO C

IDB - II PRE TEST

<h1 style="margin: 0;">IDB - II</h1>	INVENTARIO DE DEPRESION BECK SEGUNDA EDICION Por: Aaron T. Beck Traducido y Adaptado por: Máximo Brush C.	Subtotal Pag. 1: 17 Subtotal Pag. 2: 13 Puntaje Total: 26 → <i>Modificado</i>	No: 000143
	Nombre: <u>Hidalgo</u> Estado Civil: <u>C</u> Edad: <u>38</u> Sexo: <u>F</u>		
	Ocupación: <u>Dña de casa</u> Educación: <u>Primaria</u> Fecha: <u>08/09/19</u>		
Evaluado por: <u>Autocritico Guai</u> C.P.P.: _____ Fax: _____			

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo, la que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Encierre con un círculo el número que se encuentra al lado de cada frase que usted escoja. Si dentro de un grupo hay más de una frase que podría aplicarse a su situación con la misma relevancia, decídase por la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, inclusive en el grupo 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) y en el grupo 18 (Cambios de Apetito).

<p>1. Tristeza <i>(Círculo 1 en el pre test)</i></p> <p>0 No me siento triste. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Me siento triste la mayor parte del tiempo. 2 Estoy triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre. 2 No espero que las cosas me salgan bien. 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un(a) fracasado(a). 1 He fracasado más de lo que debería. <input checked="" type="checkbox"/> 2 Mirando mi pasado, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona, soy un fracaso total.</p> <p>4. Falta de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto. <input checked="" type="checkbox"/> 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. <input checked="" type="checkbox"/> 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida. 2 Espero ser castigado(a) por la vida. 3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.</p> <p>7. Auto-Desprecio</p> <p>0 Me siento igual que siempre acerca de mi persona. <input checked="" type="checkbox"/> 1 He perdido la confianza en mí mismo(a). <input checked="" type="checkbox"/> 2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a). 3 No me gusta quien soy.</p> <p>8. Auto-Crítica</p> <p>0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo. 2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos. 3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme. <input checked="" type="checkbox"/> 1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría. 2 Quisiera matarme. 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía llorar. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Lloro más de lo que solía llorar. <input checked="" type="checkbox"/> 2 Lloro por cualquier cosa. <input checked="" type="checkbox"/> 3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.</p>
---	---

Continúa al Reverso

23 Subtotal Pag. 1

11. **Agitación**
 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

12. **Falta de Interés**
 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.
 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

13. **Indecisión**
 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
 2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
 3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

14. **Falta de Valor Personal**
 0 No siento que soy inservible.
 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
 2 Me siento inservible en comparación con otras personas.
 3 Me siento completamente inservible.

15. **Falta de Energía**
 0 Tengo tanta energía como siempre.
 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. **Cambios en el Patrón de Sueño**
 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
 1a Duermo algo más que de costumbre.
 1b Duermo algo menos que de costumbre.
 2a Duermo mucho más que de costumbre.
 2b Duermo mucho menos que de costumbre.
 3a Duermo todo el día.
 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. **Irritabilidad**
 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.
 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

18. **Cambios de Apetito**
 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.
 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.
 3a No tengo nada de apetito.
 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

19. **Dificultades de Concentración**
 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.
 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
 2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

20. **Cansancio o Fatiga**
 0 No me canso o fatigo más que de costumbre.
 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

21. **Falta de Interés en el Sexo**
 0 Recientemente no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
 2 Ahora tengo mucho/menos interés en el sexo que antes.
 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

Instrucciones para después de la administración.
 A) Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido contestadas. No olvide los Subtotales por página, que son la suma de los puntajes de cada frase escogida, ni el Puntaje Total, que es la suma de los subtotales por página.
 B) Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.
 C) Si desea mayor información acerca de la prueba contáctese con el siguiente e-mail: psichometrika@hotmail.com

psichometrika 13 Subtotal Pag. 2

Nota: Este cuestionario ha sido impreso originalmente en tinta azul y negra. Si su copia no aparece de esta manera, quiere decir que ha sido fotocopiada en violación de los derechos reservados.

Apartado 167 Lima 14 Cel: 909-5707
 Telefax: 476-9445

ANEXO D STAI PRE TEST

STAI

AUTOEVALUACION A (E/R)

PD = 30 + 18 - 21 = 27	7
PD = 21 + 21 - 14 = 28	2

Apellidos y Nombres..... Magdalena Edad 38 Sexo F *m. Odearado*
 Centro..... ISS curso / puesto..... Estado civil Conv
 Otros Datos..... Fecha 23-09-19

A - E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	N	A	B	M
1 Me siento calmado.....	0	1	2	3
2 Me siento seguro.....	0	1	2	3
3. Estoy tenso.....	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.....	0	1	2	3
5 Me siento cómodo (estoy a gusto).....	0	1	2	3
6. Me siento alterado.....	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras. <i>(pánico con hijo)</i>	0	1	2	3
8 Me siento descansado <i>debo descansar</i>	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.....	0	1	2	3
10 Me siento confortable.....	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
12. Me siento nervioso..... <i>palpito rápido (moviendo x.b. mi papi)</i>	0	1	2	3
13. Estoy desasegado.....	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).....	0	1	2	3
15. Estoy relajado.....	0	1	2	3
16 Me siento satisfecho.....	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.....	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0	1	2	3
19 Me siento alegre..... <i>radio tó.</i>	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien..... <i>to -</i>	0	1	2	3

3 2 1 0

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
 Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A - R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

0 = Casi nunca

1 = A veces

2 = A menudo

3 = Casi siempre

21. Me siento bien.....	0	2	3
22. Me canso rápidamente.....	0	2	3
23. Siento ganas de llorar.....	0	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	1	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme a tiempo.....	0	1	3
26. Me siento descansado.....	0	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....	0	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....	0	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	2	3
30. Soy feliz.....	0	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	1	3
32. Me falta confianza en mí mismo.....	0	1	3
33. Me siento seguro.....	0	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades.....	0	1	3
35. Me siento triste (melancólico).....	0	2	3
36. Estoy Satisfecho.....	0	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0	1	3
38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos.....	0	1	3
39. Soy una Persona estable.....	0	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso agitado.....	0	1	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

ANEXO F

IDB - II POST TEST

IDB - II	INVENTARIO DE DEPRESION BECK SEGUNDA EDICION Por: Aaron T. Beck Traducido y Adaptado por: Máximo Brush C.	Subtotal Pag. 1:	1	No:	000143
		Subtotal Pag. 2:	6		
		Puntaje Total:	7		

Nombre: Dagoberto Estado Civil: Con Edad: 38 Sexo: ♂
 Ocupación: Anc de casa Educación: Pr nunc Fecha: 22/01/20
 Evaluado por: Aufreddie Gomez C.P.P.: _____ Fax: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo, la que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Encierre con un círculo el número que se encuentra al lado de cada frase que usted escoja. Si dentro de un grupo hay más de una frase que podría aplicarse a su situación con la misma relevancia, decídase por la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, inclusive en el grupo 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) y en el grupo 18 (Cambios de Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No me siento triste.</p> <p><input type="radio"/> 1 Me siento triste la mayor parte del tiempo.</p> <p><input type="radio"/> 2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p><input type="radio"/> 3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro.</p> <p><input type="radio"/> 1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.</p> <p><input type="radio"/> 2 No espero que las cosas me salgan bien.</p> <p><input type="radio"/> 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No me siento como un(a) fracasado(a).</p> <p><input type="radio"/> 1 He fracasado más de lo que debería.</p> <p><input type="radio"/> 2 Mirando mi pasado, veo muchos fracasos.</p> <p><input type="radio"/> 3 Siento que como persona, soy un fracaso total.</p> <p>4. Falta de Placer</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.</p> <p><input type="radio"/> 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p><input type="radio"/> 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.</p> <p><input type="radio"/> 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No me siento particularmente culpable.</p> <p><input type="radio"/> 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice.</p> <p><input type="radio"/> 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p><input type="radio"/> 3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.</p> <p><input type="radio"/> 1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida.</p> <p><input type="radio"/> 2 Espero ser castigado(a) por la vida.</p> <p><input type="radio"/> 3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.</p> <p>7. Auto-Desprecio</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 Me siento igual que siempre acerca de mi persona.</p> <p><input type="radio"/> 1 He perdido la confianza en mí mismo(a).</p> <p><input type="radio"/> 2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).</p> <p><input type="radio"/> 3 No me gusta quien soy.</p> <p>8. Auto-Crítica</p> <p><input type="radio"/> 0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.</p> <p><input type="radio"/> 2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.</p> <p><input type="radio"/> 3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p><input type="radio"/> 1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría.</p> <p><input type="radio"/> 2 Quisiera matarme.</p> <p><input type="radio"/> 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No lloro más de lo que solía llorar.</p> <p><input type="radio"/> 1 Llora más de lo que solía llorar.</p> <p><input type="radio"/> 2 Llora por cualquier cosa.</p> <p><input type="radio"/> 3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.</p>
--	--

Continúa al Reverso

1 Subtotal Pag. 1

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

12. Falta de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.
 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
 2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
 3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

14. Falta de Valor Personal

- 0 No siento que soy inservible.
 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
 2 Me siento inservible en comparación con otras personas.
 3 Me siento completamente inservible.

15. Falta de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

- 1a Duermo algo más que de costumbre.
 1b Duermo algo menos que de costumbre.

- 2a Duermo mucho más que de costumbre.
 2b Duermo mucho menos que de costumbre.

- 3a Duermo todo el día.
 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.
 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

18. Cambios de Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.
 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.
 3a No tengo nada de apetito.
 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

19. Dificultades de Concentración

- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.
 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
 2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No me canso o fatigo más que de costumbre.
 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

21. Falta de Interés en el Sexo

- 0 Recientemente no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
 2 Ahora tengo mucho/menos interés en el sexo que antes.
 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

Instrucciones para después de la administración.

A Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido contestadas.

No olvide los Subtotales por página, que son la suma de los puntajes de cada frase escogida, ni el Puntaje Total, que es la suma de los subtotales por página.

B Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.

C Si desea mayor información acerca de la prueba contáctese con el siguiente e-mail:
 psichometrika@hotmail.com

ANEXO G

STAI POST TEST

STAI

A/E
A/R

$$PD = 30 + 1 - 18 = 13$$

$$PD = 21 + 6 - 11 = 16$$

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres..... Najdalena Edad 38 Sexo F Normal

Centro..... ISS curso / puesto..... Estado civil Conv

Otros Datos..... Fecha 27/01/20

A - E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

	N	A	B	M
1. Me siento calmado.....	0	1	2	3
2. Me siento seguro.....	0	1	2	3
3. Estoy tenso.....	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.....	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).....	0	1	2	3
6. Me siento alterado.....	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.....	0	1	2	3
8. Me siento descansado.....	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.....	0	1	2	3
10. Me siento confortable.....	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.....	0	1	2	3
13. Estoy desasegado.....	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).....	0	1	2	3
15. Estoy relajado.....	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.....	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.....	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0	1	2	3
19. Me siento alegre.....	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.....	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A - R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente

- 0 = Casi nunca
1 = A veces
2 = A menudo
3 = Casi siempre

21. Me siento bien.....	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.....	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme a tiempo.....	0	1	2	3
26. Me siento descansado.....	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
30. Soy feliz.....	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
33. Me siento seguro.....	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades.....	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico).....	0	1	2	3
36. Estoy Satisfecho.....	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.....	0	1	2	3
39. Soy una Persona estable.....	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso agitado.....	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA